



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO PÚBLICA**

ALBENIO LEONARDO SOARES LEITE

PROF. Dr. ROBERTO MENDOZA

**ACESSIBILIDADE DOS ESTUDANTES COM DEFICIÊNCIA NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

JOÃO PESSOA

2015

ALBENIO LEONARDO SOARES LEITE

**ACESSIBILIDADE DOS ESTUDANTES COM DEFICIÊNCIA NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

Monografia apresentada ao Curso de Tecnologia em Gestão Pública da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Mendoza.

João Pessoa

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L533a Leite, Albenio Leonardo Soares.

Acessibilidade dos estudantes com deficiência na
Universidade Federal da Paraíba. / Albenio Leonardo Soares
Leite. – João Pessoa: UFPB, 2015.

91f.:il

Orientador(a): Prof. Dr. Roberto Mendoza.

Monografia (Graduação de Tecnologia em Gestão Pública) –
UFPB/CCSA.

ALBENIO LEONARDO SOARES LEITE

**ACESSIBILIDADE DOS ESTUDANTES COM DEFICIÊNCIA NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

Monografia apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão
Pública, da Universidade Federal da Paraíba.

Banca Examinadora

Nome do Professor-Orientador: _____

Prof. Dr. do Departamento de Tecnologia e Gestão.

Nome do Professor-Examinador 1: _____

Prof. Dr. do Departamento de Tecnologia e Gestão.

Nome do Professor-Examinador 2: _____

Prof. Dr. do Departamento de Tecnologia e Gestão.

Ao

Senhor Deus, digno de toda Honra, Glória e Louvor.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Dono de todas as coisas, por me inspirar, me dá força em meio às adversidades. Ao Professor Orientador por contribuir com seu conhecimento para aperfeiçoamento do trabalho. Aos familiares com seu apoio; a todos os amigos que deram opiniões de grande valia para o aprimoramento e composição desta monografia, ao Comitê de Inclusão e Acessibilidade coordenado pela Professora Andreza Polia que, com dados estatísticos e informações, contribuíram para elaboração e composição. Um agradecimento especial á Prefeitura Municipal de Lucena, que me liberou das atividades laborais para coleta de dados do TCC, representado pela pessoa do Secretário Marcelo Pimentel, a Diretora do Departamento de Recursos Humanos, e a todos que me incentivaram a continuar e prosseguir nessa jornada de obtenção do diploma do Curso de tecnologia em Gestão Pública.

Se o lugar não está pronto para receber todas as pessoas,
esse lugar é deficiente.

Thais Frota, 2012.

RESUMO

O presente trabalho visa abordar questões sobre a acessibilidade aos estudantes na Universidade Federal da Paraíba, no qual através do Comitê de Inclusão e Acessibilidade se observa o acompanhamento que a referida Universidade dá aos alunos que possuem algum tipo de deficiência. Serão explicitados dados que foram publicados através do Relatório Mundial da Deficiência, de âmbito internacional, dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE no que se refere ao âmbito nacional e regional, foram utilizados exemplos referentes às Universidades Federais que possuem exemplos de programas voltados aos deficientes que frequentam seus espaços, análise de alguns regimentos internos que organizam administrativamente os centros referidos no trabalho. O trabalho apresentou a acessibilidade como direito à cidade e, com isso, foram citadas algumas Leis referentes ao tema em questão e, na parte final, dados sobre os deficientes que frequentam a UFPB.

Palavras-chave: Acessibilidade, Deficientes, CIA, Legislação.

ABSTRACT

This paper aims to address issues of accessibility to students at the Federal University of Paraíba, in which through the Inclusion and Accessibility Committee observed monitoring said University gives students that have some type of disability. Data will be explained which were published by the World Disability Report, international in scope, statistical data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics-IBGE as regards the national and regional level, examples were used relating to Federal Universities that have examples of programs facing the disabled who attend their spaces, analysis of some internal regulations that administratively organize the centers given in the work. The work presented accessibility as right to the city and, with it, some laws were cited on the subject in question and, in the final part, data on the disabled attending UFPB.

Keywords: accessibility, disabled, CIA, Legislation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. JUSTIFICATIVA	18
1.2. A DEFICIÊNCIA, ACESSIBILIDADE E SEU CONTEXTO	19
1.3. Objetivos.....	19
1.3.1. Objetivos específicos.....	19
2. RELATÓRIO MUNDIAL DA DEFICIÊNCIA	20
2.1. Entendendo a deficiência.....	20
2.2. O que é deficiência	20
2.3. O ambiente.....	21
2.4. A diversidade da deficiência.....	22
2.5. Prevenção.....	23
2.6. Deficiência e direitos humanos.....	24
2.7. Deficiência e desenvolvimento.....	26
2.8. Deficiência e pobreza: Países desenvolvidos e em desenvolvimento.....	27
2.9. Estimativas baseadas sobre saúde e doenças	29
2.10. Condições de saúde	30
2.11. Demografia: Idosos e Crianças.....	30
2.12. Necessidade de serviço e assistência	32
2.13. Os custos da deficiência: Custos diretos, extras e indiretos	32
2.14. Despesas públicas com programas para pessoas com deficiência.....	33
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NO BRASIL	34
3.1. Distribuição de pessoas deficientes por idade e sexo	35
3.2. A deficiência nas grandes regiões brasileiras	38
3.3. Evolução do quadro da deficiência no Brasil	41
3.4. Educação.....	43
3.5. Taxa de alfabetização	44
3.6. Taxa de escolarização	45
3.7. Nível de instrução.....	45
3.8. Trabalho.....	46
3.9. Taxa de atividade.....	47
4. ALGUMAS LEGISLAÇÕES REFERENTES À ACESSIBILIDADE.....	48
4.1. Lei 12.587, de 03 de janeiro de 2012.....	48
4.2. Lei nº 10.048, de 18 de dezembro de 2000.....	48
4.3. Lei nº 7.405, de 12 de novembro de 1985	48
4.4. Lei Estadual nº 6.083, de 29 de junho de 1995.....	49
4.5. Lei Estadual nº 7.714, de 28 de dezembro de 2004.....	49
4.6. Lei Estadual nº 9.013, de 30 de dezembro de 2009.....	49
4.7. Lei Municipal nº 11.102, de 23 de julho de 2007.....	49

5. EXPERIÊNCIAS DE ACESSIBILIDADE AOS DEFICIENTES EM UNIVERSIDADES FEDERAIS.....	50
5.1. Laboratório de Acessibilidade (LA) aos alunos com deficiência na Universidade Federal do Rio Grande do Norte.....	50
5.2. Centro de atendimento ao Deficiente Visual-CADV da Universidade Federal de Minas Gerais.....	52
6. METODOLOGIA	53
7. CARTAS-PROGRAMA DOS SINDICATOS DE PROFESSORES, FUNCIONÁRIOS E REGIMENTOS INTERNOS NA UFPB.....	54
7.1. Regimento Interno da Associação dos Docentes da UFPB ADUFPB	54
7.2. Regimento Interno do Sindicato dos Trabalhadores em Ensino Superior do Estado da Paraíba-SINTESP	54
7.3. Regimento Interno do Diretório Central dos Estudantes-DCE.....	54
7.4. Regimento Interno do Centro de Educação-CE.....	55
7.5. Regimento Interno do Centro de Tecnologia-CT	55
7.6. Regimento Interno do Centro de Ciências Sociais Aplicadas e o Estatuto da UFPB	55
8. COMITÊ DE INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (CIA-UFPB).....	56
9. CONCLUSÃO	65
10. BIBLIOGRAFIA.....	73
10.1. Referências adicionais	76
11. ANEXOS	85

SUMÁRIO DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELAS

1. TABELA I	34
2. TABELA II	34
3. TABELA III	34
4. TABELA IV	35
5. TABELA V	37
6. TABELA VI.....	37
7. TABELA VII	40
8. TABELA VIII	41
9. TABELA IX	42
10. TABELA X	64
11. TABELA XI	64
12. TABELA XII	65
13. TABELA XIII	65
14. TABELA XIV	65

GRÁFICOS

1. GRÁFICO I.....	36
2. GRÁFICO II	38
3. GRÁFICO III	39
4. GRÁFICO IV	42
5. GRÁFICO V	43
6. GRÁFICO VI.....	44

1. INTRODUÇÃO

A deficiência é um tema de direitos humanos e como tal obedece ao princípio de que todo ser humano tem o direito de desfrutar de todas as condições necessárias para o desenvolvimento de seus talentos e aspirações, sem ser submetido a qualquer tipo de discriminação. As pessoas com deficiência vêm lutando por seus direitos como cidadãos há vários anos, obtendo muitas conquistas no que diz respeito ao processo de inclusão social e isso pode ser comprovado acompanhando os diferentes momentos desse segmento da sociedade vivenciados ao longo da história. Durante a era pré-cristã as pessoas com deficiência eram totalmente ignoradas pela sociedade que preferiam eliminá-las a conviver com suas diferenças. O mesmo ocorreu no período feudal no ocidente, quando influenciadas pela Igreja Católica, as pessoas que tinham alguma deficiência eram vistas como figuras desprezíveis e representativas do pecado.

Até meados do século XIX as pessoas com deficiência eram segregadas em instituições, sem receberem nenhum tratamento adequado às suas condições. No final do século XIX e meados do século XX surgem várias instituições com o intuito de oferecer uma educação diferenciada às pessoas com deficiência para direcioná-las a trabalhos que exigiam pouco nível intelectual, uma vez que tais pessoas eram consideradas com baixa capacidade para aprendizagem. De acordo com Sassaki (1999) o movimento de inclusão social das pessoas com deficiência começou na segunda metade dos anos oitenta do século XX nos países mais desenvolvidos, tomou impulso na década de noventa e se fortaleceu nos primeiros dez anos do século XXI envolvendo todo o Mundo, como realmente vem acontecendo.

Hoje as pessoas com deficiência contam com inúmeras Leis que defendem seus direitos e primam pela questão da acessibilidade. No entanto, o cumprimento dessas Leis não é observado efetivamente, sendo essa questão mais um dos pilares da luta dessas pessoas, que se faz de maneira mais eficaz através de grupos e/ou entidades representativas.

Oliveira (2003) e Ferreira (2007) relatam que, apesar de sua relevância para a vida do cidadão e mesmo existindo diversos dispositivos legais que a garantam, infelizmente este importante elemento para a vida em comunidade ainda não é uma realidade em muitos espaços da sociedade brasileira. Talvez por isso que Silva (2006) considere que o fato de serem poucas as pessoas com deficiência que encontramos nos diferentes espaços sociais deve-se às barreiras arquitetônicas, ausência de sinalizações, transporte inadequado, entre outros. Na prática, a realização dos direitos das pessoas com deficiência exige ações em ambas as frentes, a do direito universal e a do direito de grupos específicos, tendo sempre como

objetivo principal minimizar ou eliminar a lacuna existente entre as condições das pessoas com deficiência e as das pessoas sem deficiência.

No que tange a definição sobre deficiência, cabe destacar que o termo deficiência é de difícil conceituação. Conforme o entendimento de alguns dicionários de língua portuguesa, o conceito de deficiência é “do Lat. Deficientia, s. f., falta, imperfeição, insuficiência (DEFICIÊNCIA, 2011A). Ou, também, segundo o dicionário Michaelis: “sf. (lat. deficientia) 1 Falta, lacuna.” 2 Imperfeição, insuficiência. 3 Biol. Mutação cromossômica que consiste na perda de um pedaço de cromossomo. D. mental; oligofrenia. (DEFICIÊNCIA, 2011B).

Deficiência é o termo usado para definir a ausência ou a disfunção de uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatômica. Diz respeito à biologia da pessoa. Este conceito foi definido pela Organização Mundial de Saúde. A expressão “pessoa com deficiência” pode ser aplicada referindo-se a qualquer pessoa que possua uma deficiência. Contudo, há que se observar que em contextos legais ela é utilizada de uma forma mais restrita e refere-se a pessoas que estão sob o amparo de uma determinada legislação. (DEFICIÊNCIA, 2011C).

Há uma preferência sobre a terminologia adotada para uma pessoa que possui algum tipo de deficiência, no qual a expressão “pessoa com deficiência” em detrimento da terminologia “pessoa portadora de deficiência”, está em concordância com a Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência, ratificada pelo Brasil, aprovada pelo Decreto legislativo de nº 186 e pelo Decreto nº 6949 publicado em 09 de julho de 2009. Assim, dispõe o Artigo 1º da referida Convenção: “O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerentes às pessoas com deficiência, são pessoas que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

Durante muito tempo da história, só era considerado “deficiente” quem possuía algum tipo de deficiência visível e vinha num contexto que não deveria ser aceito pela sociedade, como se tivesse algum defeito, considerando a pessoa inferior às outras. Esses conceitos não são precisos, pois há pessoas com deficiência que não possuem falhas ou carência evidente alguma, pois segundo Luiz Alberto David Araujo: “O que caracteriza a pessoa portadora de deficiência é a dificuldade de se relacionar, de se integrar na sociedade. O grau de dificuldade para a integração social é quem definirá quem é ou não portador de deficiência.” (ARAUJO, 2003, p.23-24).

O contraste do conceito de deficiência é muitas vezes sinônimo de ineficiência, alguns subentendem que é característica de falta de capacidade, ignoram essas pessoas como que não pudessem ter o direito de obter uma vida digna, pois como esclarece Araújo (2001): “Infelizmente, na sociedade a palavra deficiência tem um significado muito forte. Ela se opõe à palavra eficiência. Assim, ser pessoa portadora de deficiência, antes de tudo, é não ser capaz, não ser eficaz”.

Por nossa parte, consideramos que a pessoa com algum grau de deficiência não é integrada na sociedade, mas não por alguma razão inerente à sua própria pessoa, porém porque a sociedade atribui qualidades negativas além da deficiência específica que cada pessoa possa ter. Isto é evidente no caso deficiência mentais e cognitivas, onde ainda hoje estas pessoas são excluídas da sociedade em instituições, quase que isoladas, do convívio social. Com isto queremos dizer, ao contrário do que opina Araújo que a integração existe na vida cotidiana através de diversas formas de convívio com a família, círculo de amizades, etc. Na Idade Média, a exclusão era justificada pela sociedade por razões ético-religiosas, pelas quais se atribuía aos deficientes algum tipo de estigma portador de um mau moral. Na sociedade contemporânea, a tendência à exclusão é dada ou produzida porque é atribuído aos deficientes um defeito na sua capacidade de produzir da mesma maneira que a pessoa considerada “normal”. Os valores da sociedade capitalista da eficiência e da produtividade não aceitam aquelas pessoas que não podem cumprir com esses requisitos (MENDOZA, 2014).

Por outra parte, os urbanistas observam que as cidades contemporâneas têm sido marcadas por desigualdades na oferta de equipamentos e serviços relativos ao mundo da vida. Um aspecto particular são as desiguais condições de acessibilidade dos (e aos) equipamentos urbanos, em função das inúmeras barreiras socialmente interpostas às pessoas com deficiência. No Brasil, apesar da importância que políticas públicas voltadas para a promoção da acessibilidade parecem se revestir, essa dinâmica se reproduz, preservando desigualdades e inadequações. A bandeira do direito à cidade nasceu no seio de uma sociedade inconformada com o *status quo*, em que os empresários franceses auferiam lucros cada vez mais vultosos através da enorme pressão exercida sobre os trabalhadores (Lefebvre, 2008). O direito à cidade, além de direito difuso a ser gozado por todos que nela habitam, foi alçado à condição de categoria de análise na teoria urbana contemporânea.

[...] a vida urbana pressupõe encontros, confrontos das diferenças, conhecimentos e reconhecimentos recíprocos (inclusive no confronto ideológico e político) dos modos de viver, dos ‘padrões’ que coexistem na Cidade (LEFEBVRE, 2008, p. 22).

Esses encontros e confrontos, tensões e disputas, que ocorrem no espaço urbano não são apenas inerentes a ele, mas também fundamentais para conferir vida à cidade. Ainda segundo Lefebvre (2010, p. 134), o direito à cidade se manifesta como forma superior dos direitos à liberdade e igualdade, à individualização na socialização, ao habitat e à habitação. Sem preconizar uma hierarquização dos direitos, o autor quer chamar a atenção para o fato de que o direito à cidade guarda em si uma gama de outros direitos dos quais deveríamos ser titulares. Sendo assim, o direito à cidade deveria também contemplar e ao mesmo tempo pressupor o direito a acessar com segurança e autonomia os espaços da cidade para todos e todas e a estabelecer livres relações com as pessoas que a povoam.

Sob a ótica da acessibilidade, inclui uma série de ações: a utilização de espaços, construções, equipamentos urbanos, transportes e meios de comunicação e informação; o atendimento prioritário em órgãos públicos, empresas prestadoras de serviços públicos, como por exemplo, as empresas de transporte coletivo. O direito à acessibilidade está intimamente relacionado ao direito fundamental de ir e vir não só das pessoas com deficiência, mas também de crianças, gestantes, obesos, pessoas com mobilidade reduzida temporária (fraturadas, com entorse, etc.) e os idosos. Refere-se aos sistemas de transportes (aéreo, aquaviário e terrestre), aos equipamentos urbanos e à circulação em áreas públicas.

Relacionando o tema em questão, a Universidade, a cidade universitária, como agente produtor e disseminador do conhecimento, possui em seu espaço físico e acadêmico alunos das mais variadas culturas, raças, gêneros, e entre eles estão inseridos os deficientes.

Segundo a ONU, há aproximadamente 650 milhões de pessoas que possuem algum tipo de deficiência no Mundo (Nações Unidas, 2014). No Brasil, segundo o IBGE (2010), há cerca de 45,6 milhões de pessoas que se declararam com algum tipo de deficiência. Diante dessa realidade, a Universidade Pública deveria proporcionar um ambiente adequado no qual se desenvolva meios de inclusão e acessibilidade para todas as pessoas que usufruem desse espaço para o desempenho de suas atividades acadêmicas. Para os alunos com deficiência, dever-se-ia procurar incluir e proporcionar meios que não os impeçam de ter acesso aos mais diversos espaços do Campus, contribuindo para seu aprendizado e criando condições para desenvolver suas atividades acadêmicas, sem restrições.

Acessibilidade, segundo Dischinger e Bins Ely (2005) é a “constituição de um espaço acessível que permite aos usuários ir e vir, participar de todas as atividades que o local proporcione, sempre com autonomia, segurança e conforto, independente de suas restrições que o indivíduo possua”. A Lei Nº 10.098/00, art. 2º, I, destaca que acessibilidade “é a condição de

alcance, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida”(PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2000). Segundo a Lei Nº 12.587, artigo 4º; Inciso III assevera que a acessibilidade é a “facilidade disponibilizada às pessoas que possibilite a toda a autonomia nos deslocamentos desejados, respeitando-se a legislação em vigor”(PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2012).

Vale ressaltar que juridicamente, deficiência é “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”. (Decreto Nº 3.298/99, artigo 3º). Os tipos de deficiências são a “**deficiência física**: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções; **deficiência auditiva**: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz; **deficiência visual**: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores; **deficiência mental**: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas; d) **deficiência múltipla**: associação de duas ou mais deficiências”. (Decreto Nº 3.298/99, artigo 4º, incisos I, II, III, IV e V).

O espaço de interação e aprendizado da Universidade deve promover meios que incentivem os alunos com deficiência a frequentar seus espaços. Silva (2006) considera que o fato de serem poucas as pessoas com deficiência que nós encontramos em diferentes espaços sociais deve-se às barreiras arquitetônicas, ausência de sinalizações, transporte inadequado, entre outros. Aplicando as legislações existentes, a Universidade deve utilizar desses atributos disponíveis para acabar com esses gargalos que impedem os alunos com deficiência de utilizar ou usufruir o espaço acadêmico. Soares (2010) aponta para um novo papel do ensino superior e

da instituição de ensino que é capaz de criar, repensar suas práticas na construção de projetos e ambientes acessíveis para todos.

1.1.JUSTIFICATIVA

O acesso das pessoas com deficiência à educação superior vem se ampliando significativamente, em consequência do desenvolvimento inclusivo na educação básica. Fernandes e Souza (2012) asseveram que legalmente, somos um dos países mais inclusivos do mundo, porém há um abismo entre a Lei e sua efetivação. A Constituição Brasileira de 1988 garante o direito de “igualdade a todos os cidadãos sem nenhuma forma de discriminação. Esse direito inclui o acesso à moradia, ao trabalho e a serviços essenciais como educação e saúde para todas as pessoas, independentemente do sexo, idade, cor, credo, condição social ou deficiência”. (artigo 3º inciso IV, CF/88), ou seja, a Universidade deve se adequar visando sempre garantir a todos meios essenciais para o aprendizado dos alunos deficientes.

É um preceito constitucional brasileiro a equiparação de oportunidade como condição efetiva da cidadania. Diante disso, conforme salientado, a efetivação do setor público sobre essas normas de acessibilidade não é presenciada por parte dos órgãos públicos em concretizar as políticas e programas, mesmo havendo inúmeras pesquisas que tratam sobre o tema, tanto em um contexto local como regional, ou nacional. Ferreira (2007) assevera que “muitos são os aspectos que devem ser levados em conta na concretização da inclusão no ensino superior. Embora as leis não bastem para oportunizar ao universitário formar-se um profissional competente e apto a desempenhar suas funções na sociedade, elas são indispensáveis para nortear e respaldar as ações que devem ser empreendidas”. (p.56).

Cambiaghi, (2007, p.73) diz que “em um espaço acessível, (ambiente urbano ou edificação) todos os usuários podem ingressar, circular e utilizar todos os ambientes e não apenas parte deles. Isso porque, como já afirmamos, a essência do desenho universal está no propósito de estabelecer acessibilidade integrada a todos, sejam ou não pessoas com deficiência. Assim, o termo acessibilidade representa uma meta ampla de inclusão, não um eufemismo”.

A UFPB, como instituição que está presente no Estado que possui mais deficientes no Brasil, conforme será apresentado no Trabalho, deveria possuir o aporte necessário para atender aos estudantes deficientes que utilizam o espaço acadêmico, zelando pela inclusão de todos através da observação com afinco nas normas de acessibilidade existentes.

1.2.A DEFICIENCIA, A ACESSIBILIDADE E SEU CONTEXTO.

Diante de vários trabalhos, tanto acadêmicos quanto por instituições que lidam com os deficientes mostrados anteriormente, fica evidente que a acessibilidade *é um problema* tanto das cidades como das diversas organizações do Estado e da sociedade civil.

Oliveira (2003) e Ferreira (2007) relatam que apesar de sua relevância para a vida do cidadão, do direito a cidade, e mesmo existindo diversos dispositivos legais que a garanta, infelizmente este importante elemento para a vida em comunidade ainda não é um fato em muitos espaços da sociedade brasileira. Existem várias legislações tanto na esfera federal quanto na estadual e municipal. Referente à Universidade Federal da Paraíba, surge a seguinte pergunta:

Quais as condições de acessibilidade que a Universidade Federal da Paraíba proporciona aos alunos que possuem algum tipo de deficiência, contribuindo para a vida acadêmica dos mesmos?

Este trabalho, como decorrência, pretende expor a acessibilidade dos estudantes com problemas de deficiência, na Universidade Federal da Paraíba. Seus Objetivos são:

1.3.OBJETIVO GERAL

Quais as condições de acessibilidade que a Universidade Federal da Paraíba proporciona aos alunos que possuem algum tipo de deficiência, contribuindo para a vida acadêmica dos mesmos?

1.3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Observar a estrutura edilícia, técnica e legal das condições acadêmicas do CT, CCSA e CE da UFPB.**
- **Observar as condições dos gestores para a realização da tarefa com pessoas deficientes físicos, auditivos, visuais e mentais.**

Para tanto mostraremos primeiro a situação das pessoas com deficiência no contexto internacional e os resultados da pesquisa mundial sobre este problema; posteriormente mostraremos as estatísticas do IBGE para o Brasil; logo a legislação brasileira respectiva e finalmente os dados específicos relativos a nossa universidade e as conclusões correspondentes.

2. RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A DEFICIÊNCIA (RMD)

O Relatório foca medidas para melhorar a acessibilidade e igualdade de oportunidades, promover a participação e inclusão, e elevar o respeito pela autonomia e dignidade das pessoas com deficiência.

2.1. Entendendo a deficiência

O Relatório Mundial sobre a deficiência assevera que a deficiência faz parte da condição humana. Segundo o mesmo, quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento de suas vidas, e aqueles que sobreviverem ao envelhecimento enfrentarão dificuldades cada vez maiores com a funcionalidade de seus corpos. A maioria das grandes famílias possui um familiar deficiente, e muitas pessoas não deficientes assumem a responsabilidade de prover suporte e cuidar de parentes e amigos com deficiências. Todos os períodos históricos enfrentaram a questão moral e política como parte de melhor incluir e apoiar as pessoas com deficiência.

2.2. O que é Deficiência?

A deficiência é complexa, dinâmica e multidimensional. Nas últimas décadas, o movimento das pessoas com deficiência juntamente com inúmeros pesquisadores das ciências sociais e da saúde tem identificado o papel das barreiras físicas e sociais para as deficiências. A transição de uma perspectiva estrutural e social foi descrita como a mudança de um “modelo médico” para um “modelo social” no qual as pessoas são vistas como deficientes pela sociedade e não devido a seus corpos.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), no qual foi uma pesquisa realizada que envolveu acadêmicos, médicos, clínicos e as pessoas com deficiência, enfatiza os fatores ambientais (que será descrito mais adiante) que provoca a criação de deficientes, ou seja, o ambiente é um fator a ser considerado para que haja mais deficientes em um determinado local em que não há acessibilidade nas vias, avenidas, etc. e compreende funcionalidade e deficiência como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais. A incapacidade é um termo abrangente para as deficiências, limitações para realizar, e restrições para participar de certas atividades, que engloba os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com problemas de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores socioambientais e pessoais). Definir a deficiência como uma interação significa que a deficiência não é um

atributo da pessoa. O progresso na melhoria da participação social pode ser realizado lidando com as barreiras que afetam pessoas com deficiência na vida diária.

2.3.O ambiente

O ambiente de uma pessoa tem um enorme impacto sobre a experiência e a extensão da deficiência. Ambientes inacessíveis criam deficiências ao criarem barreiras à participação e inclusão. Os exemplos do possível impacto negativo do ambiente incluem:

- Um indivíduo surdo sem intérprete de língua de sinais;
- Um usuário de cadeira de rodas num prédio sem banheiro ou elevador acessível;
- Uma pessoa que usa computador sem software de leitura de tela.

A saúde também é afetada por fatores ambientais, tais como água potável e saneamento, nutrição, pobreza, condições de trabalho, clima, ou acesso a atendimento de saúde. Como a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) tem alegado, a desigualdade é uma das principais causas dos problemas de saúde, e, portanto da deficiência.

O ambiente pode ser mudado para melhorar a saúde, evitar incapacidades, e melhorar os resultados finais para as pessoas com deficiência. Tais mudanças podem ser implementadas pela legislação, por mudanças nas políticas públicas, pela construção da capacidade de agir, ou por desenvolvimentos tecnológicos que gerem:

- Acessibilidade do desenho do ambiente construído e do transporte;
- Sinalização para beneficiar pessoas com deficiências sensoriais;
- Acesso aos serviços de saúde e reabilitação, educação, e suporte a vida independente;
- Maiores oportunidades de trabalho e emprego para pessoas com deficiência.

Segundo o Relatório, os fatores ambientais incluem um conjunto mais amplo de questões do que apenas o acesso físico e à informação. As políticas públicas e os sistemas de fornecimento de serviços, incluindo as regras subjacentes à provisão de serviços também podem ser obstáculos. Um exemplo que pode ser levado em consideração, segundo o Relatório, é o caso do acesso aos serviços de atendimento médico na Europa, onde se revelou barreiras organizacionais tais como listas de espera, falta de um sistema de referências que são mais complicados para as pessoas com deficiência, que podem ter dificuldade de chegar cedo, ou esperar o dia todo, ou que não conseguem navegar em sistemas complexos, como o acesso

à internet em páginas de cadastro dos dados. Embora sem a intenção de discriminar, indiretamente o sistema exclui as pessoas com deficiência ao não levar em consideração suas necessidades

O conhecimento e as atitudes são importantes fatores ambientais que afetam todas as áreas de fornecimento de serviços e vida social. Elevar a conscientização e desafiar as atitudes negativas costuma serem os primeiros passos para a criação de ambientes mais acessíveis para as pessoas com deficiência. As imagens e linguagens negativas, os estereótipos, e o estigma - com profundas raízes históricas - persistem para as pessoas com deficiência no mundo todo. A deficiência é geralmente associada a incapacidade. Uma análise dos estigmas associados à saúde revelou que o impacto foi notavelmente similar nos diferentes países e para os diferentes problemas de saúde. Um estudo realizado em 10 países revelou que o público em geral não possui uma compreensão das habilidades das pessoas com deficiência intelectual. Os problemas mentais são particularmente estigmatizados, com problemas comuns em diferentes cenários. Pois pessoas com problemas mentais enfrentam discriminação mesmo nos ambientes de atendimento de saúde.

As atitudes negativas para com a deficiência podem resultar no tratamento negativo de pessoas com deficiência, por exemplo:

- Crianças maltratando outras crianças (bullying) com deficiência nas escolas;
- Motoristas e empresas de ônibus que desrespeitam as necessidades de acesso de passageiros com deficiência;
- Empregadores que discriminam pessoas com deficiência;
- Pessoas estranhas que zombam de pessoas com deficiência.

As atitudes e comportamentos negativos têm um efeito adverso sobre crianças e adultos com deficiência, gerando consequências negativas tais como baixa autoestima e menor participação. As pessoas que se sentem molestadas por causa da sua deficiência às vezes evitam ir a certos lugares, mudam suas rotinas, ou até mudam de casa.

O estigma e a discriminação podem ser combatidos, por exemplo, através do contato pessoal direto (convivendo e sendo amigo) e através do marketing social (distribuição de informativos, etc.).

2.4.A diversidade da deficiência

A experiência de deficiências resultante da interação de problemas de saúde, fatores pessoais, e fatores ambientais variam muito. As pessoas com deficiência são diferentes e

heterogêneas, enquanto que os pontos de vista estereotipados da deficiência enfatizam os usuários de cadeira de rodas e alguns poucos outros grupos “clássicos” tais como cegos e surdos. A deficiência afeta seja a criança recém-nascida com uma condição congênita tal com paralisia cerebral, seja o jovem soldado que perde suas pernas ao pisar numa mina terrestre, a mulher de meia idade que sofre artrite severa, ou o idoso que sofre de demência, entre muitas outras pessoas. Os problemas de saúde podem ser visíveis ou invisíveis; temporários ou de longo prazo; estáticos, episódicos, ou em degeneração; doloso ou inconsequentes. Muitas das pessoas com deficiência não consideram a si mesma enfermas. Um exemplo é que 40% das pessoas com alguma deficiência grave ou profunda e que responderam à Pesquisa Nacional de Saúde da Austrália 2007-2008 classificaram sua saúde como boa, muito boa ou excelente.

As generalizações sobre “incapacidades” ou sobre as “pessoas com deficiência” podem enganar. As pessoas com deficiência possuem diversos fatores pessoais com diferenças em termos de gênero, idade, status socioeconômico, sexualidade, etnia, ou herança cultural. Cada uma delas tem suas preferências e respostas pessoais para lidar com a deficiência. Embora a deficiência seja associada a privações, nem todas as pessoas com deficiência são totalmente desprovidas.

2.5.Prevenção

Conforme o Relatório Mundial destaca, a prevenção dos problemas associado às deficiências é uma questão de desenvolvimento. A atenção a fatores ambientais - incluindo nutrição, doenças passíveis de prevenção, água potável e saneamento, segurança nas estradas e locais de trabalho - podem reduzir enormemente a incidência dos problemas de saúde que geram deficiências.

Uma abordagem de saúde pública distingue:

- Prevenção primária - ações para evitar ou remover a causa de um problema de saúde em um indivíduo ou uma população antes do seu surgimento. Ela inclui a promoção da saúde e proteção específica (por exemplo, educação sobre o HIV).
- Prevenção secundária - ações para detectar um problema de saúde em um estágio inicial em um indivíduo ou uma população, facilitando a cura, ou reduzindo ou prevenindo sua difusão reduzindo ou prevenindo seus efeito de longo prazo (por exemplo, apoiando as mulheres com deficiência intelectual para que tenham exames do câncer de mama).

- Prevenção terciária - ações para reduzir o impacto de uma doença já estabelecida restaurando-se da função e reduzindo as complicações associadas à doença (por exemplo, reabilitação para crianças com músculo - esquelética).

Ver a deficiência com uma questão de direitos humanos não é incompatível com a prevenção de problemas de saúde na medida em que a prevenção respeite os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência, por exemplo, no uso de linguagem e sinais. Prevenir a deficiência deve ser visto como uma estratégia multidimensional que inclui a prevenção das barreiras incapacitantes assim como a prevenção e o tratamento dos problemas de saúde subjacentes.

2.6.Deficiência e direitos humanos

A deficiência é uma questão de direitos humanos por que:

- As pessoas com deficiência enfrentam desigualdades, por exemplo, quando eles têm negado o acesso igualitário a serviços de saúde, educação, ou participação política devido à sua deficiência.
- As pessoas com deficiência estão sujeita a violações da sua dignidade, por exemplo, quando são sujeitas à violência, abuso, preconceito, ou desrespeito devido à sua deficiência.
- Algumas pessoas com deficiência perdem sua autonomia, por exemplo, quando estão sujeitas a esterilização involuntária, ou quando são confinadas em instituições contra a sua vontade ou quando são vistas como legalmente incompetentes devido à sua deficiência.

Uma grande quantidade de documentos internacionais tem realçado que a deficiência é uma questão de direitos humanos. Segundo o Relatório Mundial, inclui-se em normas e acordos realizados pelo Mundo atinentes à deficiência o Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes (1982), a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), e as Regras sobre a Equalização de Oportunidades para pessoas com Deficiência (1993). Mais de 40 nações adotaram legislação contra a discriminação de deficientes durante os anos 1990. A CDPD - a mais recente, e o mais amplo reconhecimento dos direitos humanos das pessoas com deficiência - delineia os direitos civis, culturais, políticos, sociais, e econômicos da pessoa com deficiência. Seu objetivo é “promover, proteger, e garantir o usufruto pleno e igualitário de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por parte das pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente”.

A CDPD aplica os direitos humanos à deficiência, tornando assim os direitos humanos em geral específicos para a pessoa com deficiência, e esclarecendo as leis internacionais já existentes relativas à deficiência. Mesmo que um estado não ratifique a CDPD, ela ajuda a interpretar outras convenções sobre direitos humanos das quais aquele estado faz parte.

O artigo 3º da CDPD delinea os seguintes princípios gerais:

1. Respeito à dignidade inerente, e autonomia individual incluindo a liberdade de fazer suas próprias escolhas, e pela independência das pessoas;
2. Não discriminação;
3. Participação e inclusão plena e eficaz na sociedade;
4. Respeito pelas diferenças e aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade;
5. Igualdade de oportunidades;
6. Acessibilidade;
7. Igualdade entre homens e mulheres;
8. Respeito pelas capacidades em evolução de crianças com deficiência e respeito pelo direito das crianças com deficiência de preservar suas identidades.

Os Estados que ratificaram a CDPD devem adotar certo número de obrigações gerais. Entre outras coisas, eles se comprometem a:

- Adotar legislação e outras medidas administrativas apropriadas onde for necessário;
- Modificar ou revogar leis, costumes, ou práticas que direta ou indiretamente discriminem;
- Incluir a deficiência em todas as políticas públicas e programas relevantes;
- Abster-se de qualquer ato ou prática inconsistente com a CDPD;
- Tomar todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra as pessoas com deficiência por qualquer pessoa, organização ou empresa privada.

Os estados devem consultar as pessoas com deficiência e suas organizações representativas ao desenvolver leis, políticas públicas, e programas para implementar a CDPD. A Convenção também requer que as entidades públicas e privadas realizem uma “adaptação razoável” com a situação das pessoas com deficiência. E ela é acompanhada de um Protocolo Opcional que, se ratificado, fornece um procedimento para fazer reclamações e indagações, que podem ser submetido ao comitê que monitora o tratado.

2.7. Deficiência e Desenvolvimento

A deficiência é uma questão de desenvolvimento, devido a sua relação bidirecional com a pobreza: a deficiência pode aumentar o risco de pobreza, e a pobreza pode aumentar o risco de deficiência. Um corpo crescente de evidências empíricas do mundo inteiro indica que as pessoas com deficiência e suas famílias têm maior chance de enfrentar desvantagens econômicas e sociais do que aqueles indivíduos sem deficiência.

O surgimento da deficiência pode levar à piora do bem-estar social e econômico e a pobreza através de uma grande quantidade de canais, incluindo o impacto adverso sobre educação, emprego, a renda, e maiores despesas para tratar a deficiência.

- As crianças com deficiência têm menor probabilidade de frequentar escolas, enfrentando assim oportunidades limitadas de formação de capital humano e obtendo menos oportunidades de emprego e menor produtividade durante a vida adulta.
- As pessoas com deficiência têm maior probabilidade de ficarem desempregadas e geralmente ganham menos, mesmo quando empregadas. Os resultados tanto em termos de emprego como em termos de deficiência. É mais difícil para as pessoas com deficiência se beneficiar do desenvolvimento e saírem da pobreza devido à discriminação no trabalho acesso limitado, acesso limitado ao transporte, e falta de acesso aos recursos para promover o auto emprego e atividades que garantam a subsistência.
- As pessoas com deficiência podem enfrentar custos extras resultantes das deficiências como custos associados ao tratamento médico ou dispositivos assistidos, ou necessidade de apoio e assistência pessoal - e assim costumam requerer mais recursos para obter os mesmos resultados finais que as pessoas não deficientes. É isso que Amartya Sen denominou de “deficiência de conversão”. Devido aos custos mais elevados, pessoas com deficiência e sua unidades familiares têm uma maior chance de serem mais pobres do que as pessoas sem deficiência com rendas similares.
- As unidades familiares com um membro deficiente têm maior chance de enfrentar dificuldades materiais, incluindo insegurança alimentar, péssimas condições habitacionais, falta de acesso à água potável e saneamento, e acesso inadequado aos serviços de saúde.

O Relatório assevera que a pobreza pode aumentar o risco de deficiência. Um estudo realizado em 56 países em desenvolvimento revelou que os mais pobres apresentavam um

quadro de saúde pior do que os mais ricos. A pobreza pode levar ao surgimento de problemas de saúde associados à deficiência, inclusive através de: baixo peso ao nascimento, desnutrição, falta de água potável ou saneamento adequado, condições inseguras de trabalho e de vida, e lesões. A pobreza pode aumentar a probabilidade de que uma pessoa com um problema de saúde já existente se torne deficiente, por exemplo, devido a um ambiente sem acessibilidade ou à falta de acesso aos serviços de saúde e reabilitação.

Apesar da inter-relação amplamente reconhecida entre deficiência e pobreza, os esforços para promover o desenvolvimento e a redução da pobreza nem sempre incluíram adequadamente as deficiências. A deficiência não é citada explicitamente nos Oito Objetivos do Milênio, ou nas 21 metas, ou nos 60 indicadores para realizar os objetivos, ou nos 60 indicadores para realizar os objetivos.

As pessoas com deficiência podem se beneficiar dos projetos de desenvolvimento. A deficiência precisa ter maior prioridade, as iniciativas bem sucedidas precisam ser aprofundadas, e é necessária uma resposta mais coerente. Além disso, pessoas com deficiência precisam ser incluídas nos esforços de desenvolvimento, tanto como beneficiárias quanto na elaboração, implementação e monitoração das intervenções. Apesar do esforço da Reabilitação Baseada na Comunidade (CRB)¹ e muitas outras iniciativas promissoras de diferentes países ou das ONGs nacionais e internacionais, a remoção sistemática de barreiras e o desenvolvimento social não têm ocorrido, e a deficiência ainda costuma ser considerada como um componente médico do desenvolvimento.

2.8. Deficiência e pobreza: Países desenvolvidos e em desenvolvimento

As pessoas com deficiência enfrentam piores resultados em termos educacionais e no mercado de trabalho, e têm uma maior chance de serem pobres do que pessoas sem deficiência. Um estudo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) de 2009 cobrindo 21 países de renda média-alta mostra taxas de pobreza superiores entre as pessoas com deficiência com idade para trabalhar do que entre pessoas não-deficientes com idade para trabalhar em todos os países exceto três (Noruega, Eslováquia e Suécia). Ficou demonstrado que o risco relativo de pobreza (taxa de pobreza das pessoas com deficiência com idade para trabalhar com relação às pessoas não deficientes com idade para trabalhar) era maior - mais de duas vezes superior - na Austrália, Irlanda e na República da Coreia, e menor - apenas levemente superior do que entre as pessoas não-deficientes - na

¹ A Reabilitação Baseada na Comunidade-CBR têm sido uma importante estratégia para responder às necessidades das pessoas com deficiência, particularmente nos países em desenvolvimento.

Islândia, México e Países Baixos. Foi demonstrado que as pessoas com deficiência com idade para trabalhar tinham uma maior chance de trabalhar meio período. E, a menos que elas fossem altamente qualificadas e tivessem emprego, era para pessoas de baixa renda.

Poucos estudos fornecem informações sobre o status socioeconômico das pessoas antes do surgimento de deficiência e o que acontece depois disso. Um estudo que utilizou a Pesquisa do Painel de Domicílios britânicos entre 1991 e 1998 revelou que ter menos educação escolar, ou não possuir um trabalho remunerado, era um fator de “seleção” para as deficiências. O estudo também revelou que as taxas de desemprego caem com o surgimento da deficiência - indicando que as pessoas abandonam a força de trabalho precocemente quando se tornam deficientes. A renda média caiu drasticamente com o surgimento das deficiências, mas recuperou-se subsequentemente, embora não aos níveis pré-deficiência.

Alguns estudos têm tentado estimar as taxas de pobreza entre os domicílios com pessoas deficiência levando em consideração o custo extra do que vivem com deficiência. Um estudo realizado no Reino Unido revelou que no final dos anos 1990, a taxa de pobreza entre os domicílios com pessoas com deficiência, dependendo dos pressupostos utilizados, era de 20% a 44% superior após sua equalização para deficiência (usando um limite de renda média de 60%).

Alguns estudos revelam que os países africanos apresentam menores taxas de desemprego e menor formação educacional do que pessoas sem deficiência. Tomando exemplo países da América Latina, o Chile e o Uruguai a situação é melhor para as pessoas com deficiências mais jovens do que os grupos de pessoas idosas, pois os grupos de pessoas mais jovens podem ter acesso à educação, através da alocação de recursos adicionais. A maioria dos dados cruzados sobre educação sugere que as crianças com deficiências tendem a apresentar menores taxas de frequência escolar.

Uma análise de dados da Pesquisa Mundial de Saúde feita em 15 países em desenvolvimento sugere que as unidades familiares com membros deficientes gastam relativamente mais com serviços de saúde do que em domicílios sem membros deficientes.

Uma análise de 14 pesquisas domiciliares em 13 países revelou que os adultos com deficiência, em grupo, eram mais pobres do que a média dos domicílios. Porém, um estudo feito em 15 países em desenvolvimento, usando dados da Pesquisa Mundial de Saúde, revelou

que os domicílios com algum membro deficiente enfrentavam mais pobreza conforme mensurada pelo consumo per capita de outros itens que não a saúde em apenas 05 países.

Nos países em desenvolvimento, os dados sobre se ter uma deficiência aumenta a probabilidade de ser pobre são divergentes. No Uruguai as deficiências não têm um efeito significativo sobre a probabilidade de ser pobre exceto nos domicílios chefiados por pessoas gravemente deficientes. Por outro lado, no Chile descobriu-se que as deficiências aumentam a probabilidade de alguém ser pobre em 1-4 por cento. Um estudo comparativo reunindo 13 países em desenvolvimento mostrou que as deficiências foram associadas a uma maior probabilidade de ser pobre na maioria dos países- quando a pobreza é medida pelo fato de pertencer a dois quintis² inferiores em termos de despesas domiciliares ou posse de bens. Essa associação desaparece na maioria dos países quando controles de escolaridade são introduzidos. Um estudo realizado em 20 países revelou que as crianças dos três quintis mais pobres de domicílios na maioria dos países correm maior risco de se tornarem deficientes do que as outras crianças. A deficiência nos quintis de despesa é ativo em 15 países em desenvolvimento, usando várias medidas de deficiência, sugere uma maior prevalência nos quintis inferiores, mas a diferença é estatisticamente significativamente em poucos países.

2.9. Estimativas baseadas sobre saúde e doenças

A análise dos dados sobre a Carga Global de Doenças de 2004 (CGD)³ para o Relatório Mundial de Deficiência estima que 15,3% da população mundial (cerca de 978 milhões de pessoas dos estimados 6,4 bilhões de habitantes em 2004) possuíam “deficiências graves e moderadas”, enquanto que 2,9% ou cerca de 185 milhões enfrentavam “deficiências graves”. Entre aqueles com idades de 0-14 anos as cifras foram de 5,1% e 0,7%, ou 93 milhões e 13 milhões de crianças, respectivamente. Entre aqueles com 15 anos ou mais, as cifras foram de 19,4% e 3,8%, ou 892 milhões e 175 milhões de pessoas, respectivamente.

Com base nas estimativas para a população em 2010-6,9 bilhões de habitantes com 5,04 bilhões de pessoas com 15 anos ou mais, e 1,86 bilhões de pessoas com menos de 15 anos (Pesquisa Mundial de Saúde e Carga Global de Doenças, 2004), havia cerca de 785 (15,6%) a 975 (19,4%) milhões de pessoas com 15 anos ou mais que viviam com alguma deficiência. Entre elas, cerca de 110 (2,2%) a 190 (3,8%) milhões enfrentavam dificuldades

² Quintil: Qualquer das separatrizes que dividem a área de uma distribuição de frequência em domínios de área igual a múltiplos inteiros de um quinto da área inicial.

³ Os estudos da Carga Global de doenças têm como objetivo quantificar a carga de mortalidade prematura e de incapacidade das principais doenças ou grupo de doenças.

funcionais significativas. Incluindo as crianças, estimou-se que mais de um bilhão de pessoas (ou cerca de 15% da população mundial) estariam vivendo com alguma deficiência.

2.10. Condições de saúde

É complicada a relação entre problemas de saúde e deficiências. Se um problemas de saúde, interagindo com fatores contextuais, resultar ou não em uma deficiência é algo que será determinado por fatores inter-relacionados.

Geralmente, a interação de inúmeras condições e não uma única condição contribui para a relação entre problemas de saúde e deficiência. A comorbidade, associada a deficiências mais graves do que uma única condição, tem explicações para a ocorrência de deficiências. Também a presença de múltiplos problemas de saúde pode tornar mais difícil a gestão dos serviços de saúde e reabilitação.

2.11. Demografia: Idosos e Crianças

O envelhecimento global tem uma grande influência sobre as tendências relativas às deficiências. A relação aqui é direta: há um risco maior de deficiência entre pessoas mais velhas, e as populações nacionais estão envelhecendo a taxas nunca antes observadas.

As maiores taxas de ocorrência de deficiências entre pessoas idosas refletem um acúmulo de riscos de saúde durante um período de vida marcado por doenças, lesões, e doenças crônicas. A prevalência de deficiências entre pessoas com 45 ou mais nos países de baixa renda é maior do que nos países de alta renda, e maior entre as mulheres do que entre os homens.

Os idosos estão desproporcionalmente representados na população deficiente. Tomando como exemplo a Austrália, eles representam 10,7% da população em geral, e 35,2% dos australianos com deficiência. As taxas de deficiência são muito maiores entre as pessoas com 80 a 89 anos de idade, a faixa etária de maior crescimento no mundo todo, aumentando cerca de 3,9% por ano, e que deverá representar 20% da população global de 60 anos ou mais até o ano de 2050.

Em muitos países, o envelhecimento da população está associado a taxas superiores de sobrevivência, ao avanço da idade, e menor fertilidade. Apesar das diferenças entre nações desenvolvidas e em desenvolvimento, estima-se que as idades médias aumentem

consideravelmente em todos os países. Trata-se de uma transição demográfica historicamente importante, em estágios já bastante avançados nos países de alta renda, e que se estima se tornará mais marcada no mundo todo durante todo século XXI.

A Carga Global de Doenças estima o número de crianças com idades de 0-14 anos que enfrentam “deficiências graves ou moderadas” em 93 milhões (5,1%), com 13 milhões (0,7%) de crianças enfrentando dificuldades graves. Em 2005, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estimou o número de crianças com deficiências menores de 18 anos de idade em 150 milhões. Uma análise recente da literatura sobre países de renda baixa e média relatou uma prevalência de deficiências entre crianças de 0,4% a 12,7% dependendo do estudo e da ferramenta de avaliação.

A análise de uma criança deve ser visto não de forma isolada, mas no contexto da família e do ambiente social. Crianças com menos de 5 anos de idade nos países em desenvolvimento são expostas a vários riscos, incluindo pobreza, desnutrição, problemas de saúde e ambientes domésticos desestimulantes, que podem prejudicar o desenvolvimento cognitivo, motor, e socioemocional.

As crianças com diagnósticos quanto a um maior risco de deficiência têm uma menor chance de terem sido amamentadas ou de terem recebido suplemento de vitamina. Conforme a probabilidade de baixa estatura e de haver crianças abaixo do peso, também aumenta a proporção de crianças com diagnóstico positivo para o risco de deficiência. Estima-se que 200 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade deixem de realizar todo seu potencial em termos de desenvolvimento cognitivo e socioemocional. As crianças que foram classificadas como positivas para um maior risco de deficiência apresentaram também uma maior probabilidade do que as crianças de:

- Virem de famílias pobres;
- Enfrentar discriminação e acesso restrito a serviços sociais, incluindo educação na primeira infância;
- Estar abaixo do peso e apresentar baixa estatura;
- Estarem sujeitas a punições físicas severas de seus pais.

2.12. Necessidade de serviços e assistência

Pessoas com deficiência podem exigir diferentes serviços - de intervenções relativamente menores e baratas e outras complexas e caras. Os dados sobre as necessidades - tanto as atendidas quanto as não atendidas - são importantes para as políticas e programas públicos. As necessidades de suporte não atendidas podem estar relacionadas a atividades diárias - como cuidados pessoais, acesso a cuidados e equipamentos, educação, emprego, atividades sociais, e modificações nas suas casas ou em locais de trabalho.

Nos países desenvolvidos, as estimativas nacionais sobre necessidades estão em grande parte relacionadas a atividades diárias específicas, e não aos tipos e serviços. Na Alemanha, por exemplo, estima-se que 2,9% da população total com idade de 8 anos ou mais sentem a necessidade de serviços de apoio. Na Suécia essa cifra foi estimada em 8,1% , apenas para a faixa etária de 15-75 anos de idade.

2.13. Os custos da deficiência: Diretos, extras e indiretos

Os custos sociais e econômicos da deficiência são significativos, mas difíceis de quantificar. Eles incluem os custos diretos e indiretos, alguns cobertos pelas pessoas com deficiência e suas famílias, amigos e empregadores, e alguns da sociedade. Muito desses custos devem-se a ambientes inacessíveis e poderiam ser menores em um cenário mais inclusivo. Conhecer o custo da deficiência é importante não apenas para justificar o investimento, mas também para a elaboração de programas públicos.

Os custos diretos se encaixam em duas categorias: os custos adicionais que as pessoas com deficiência e suas famílias incorrem para obter um padrão de vida razoável, e os benefícios para pessoas com deficiência, em dinheiro e em espécie, cobertos pelos governos e entregues através de vários programas públicos.

As pessoas com deficiência e suas famílias costumam incorrer em custos adicionais para obter um padrão de vida equivalente ao das pessoas não deficientes. Essas despesas adicionais podem ser feitas com serviços de atendimento médico, dispositivos assistivos, opções mais caras de transportes, aquecimento, serviços de lavanderia, dietas especiais, ou assistência pessoal.

Os custos indiretos, tanto os econômicos como não econômicos resultantes da deficiência podem ser amplos e substanciais. Os principais componentes do curso econômico são a perda de produtividade devido aos investimentos insuficientes para educar crianças deficientes, o abandono do trabalho ou a menor quantidade de trabalho associados ao surgimento de alguma deficiência, e a perda de impostos associada à perda de produtividade. Os custos não econômicos incluem isolamento social e estresse, e são difíceis de quantificar.

Um importante custo indireto da deficiência está associado à perda de produtividade no trabalho entre pessoas com deficiência e a relativa perda de impostos. As perdas aumentam quando membros da família abandonam seus empregos ou reduzem o número de horas trabalhadas para cuidar de algum membro deficiente na família. A perda de produtividade pode resultar do acúmulo insuficiente de capital humano (subinvestimento em capital humano), da falta de emprego e subemprego.

2.14. Despesas públicas com programas para pessoas com deficiência

Quase todos os países possuem algum tipo de programa público dirigido para as pessoas com deficiência, mas nos países mais pobres eles costumam ser restritos às pessoas com as dificuldades funcionais mais significativas. Eles incluem serviços de saúde e reabilitação, programas voltados para o mercado de trabalho, educação e treinamento vocacional, benefícios de seguro social para pessoas com deficiência (contributivos), benefícios de assistência social (não contributivos) para pessoas com deficiências em dinheiro, fornecimentos de dispositivos assistivos, acesso subsidiado ao transporte, serviços públicos subsidiados, vários serviços de apoio incluindo assistentes pessoais e intérpretes de línguas, além de despesas gerais administrativas.

O custo de todos os programas é significativo, mas a estimativa de custo total não está disponível. Nos países da OECD, uma média de 1,2% do PIB era gasto em 2007 com benefícios contributivos e não contributivos para pessoas com deficiência, cobrindo 6% da população com idade para trabalhar. Os benefícios incluem benefícios plenos e parciais para pessoas com deficiência, assim como esquemas de aposentadoria precoce específicos para pessoas com deficiência ou com menor capacidade de trabalhar. A cifra chega a 2% do PIB quando benefícios do PIB para o tratamento de saúde são incluídos, ou quase 2,5 vezes a despesas com benefícios de seguro desemprego. As despesas são particularmente altas nos países baixos e na Noruega (cerca de 5% do PIB). O custo da deficiência é de cerca de 10% dos gastos públicos com programas sociais entre os países da OECD (chegando até 25% em

alguns países). Em 6% da população em idade para trabalhar, em 2007, taxa de recebimento do benefício para pessoas com deficiência foi similar à taxa de desemprego. Em alguns países ela chegou perto de 10%. Tanto em números de recebedores quanto as despesas públicas aumentaram durante as últimas duas décadas, gerando uma significativa preocupação tributária quanto aos preços e sustentabilidade dos programas, e levando alguns países, incluindo os Países Baixos e a Suécia, a darem os primeiros passos para reduzir a dependência do benefício entre pessoas com deficiência e estimular a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NO BRASIL

Serão colocados dados no contexto geral que se encontra o Brasil sobre a população das pessoas com deficiência. No que tange aos deficientes, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Censo realizado no ano de 2010, trouxe ao conhecimento características ou dados referentes aos deficientes que são residentes no país. Cerca de 45.606.048 de brasileiros, 23,9% da população total tem algum tipo de deficiência-visual, auditiva, motora, mental ou intelectual, no qual (56,57%) são mulheres e (43,43%) são homens, 84,36% das pessoas vivem em áreas urbanas e 15,64% em áreas rurais. A prevalência da deficiência variou de acordo com a natureza delas.

Tabela I

Deficiência no Brasil (pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais)	Percentual
38.473.702 vivem em áreas urbanas	84,36%
7.132.347 vivem em áreas rurais	15,64%
45.606.048 milhões de brasileiros possuem alguma deficiência	100%

Elaboração própria, segundo IBGE 2010

Tabela II

Deficiência no Brasil(sexo)	Percentual
25.800.681 são mulheres	56,57%
19.805.367 são homens	43,43%
45.606.048 milhões de brasileiros possuem alguma deficiência	100%

Elaboração própria, segundo IBGE 2010

Considerando a população residente no país, 23,9% possuíam pelo menos uma das deficiências investigadas: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A prevalência da

deficiência variou de acordo com a natureza delas. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar está a deficiência motora, afetando 7% da população seguidas da deficiência auditiva, em 5,10% e da deficiência mental ou intelectual, em 1,40%.

Tabela III

Deficiência no Brasil(vários tiposde deficiência)		Percentual
Tipos	Frequência	%
Visual.	8.482.724 pessoas	18,60%
Motora.	3.192.423 pessoas	7%
Auditiva.	2.325.908 pessoas	5%
Mental	638.484 pessoas	1,40%
TOTAL	45.606.048 pessoas	

Elaboração própria, segundo IBGE 2010.

3.1. Distribuição de pessoas deficientes por idade e sexo

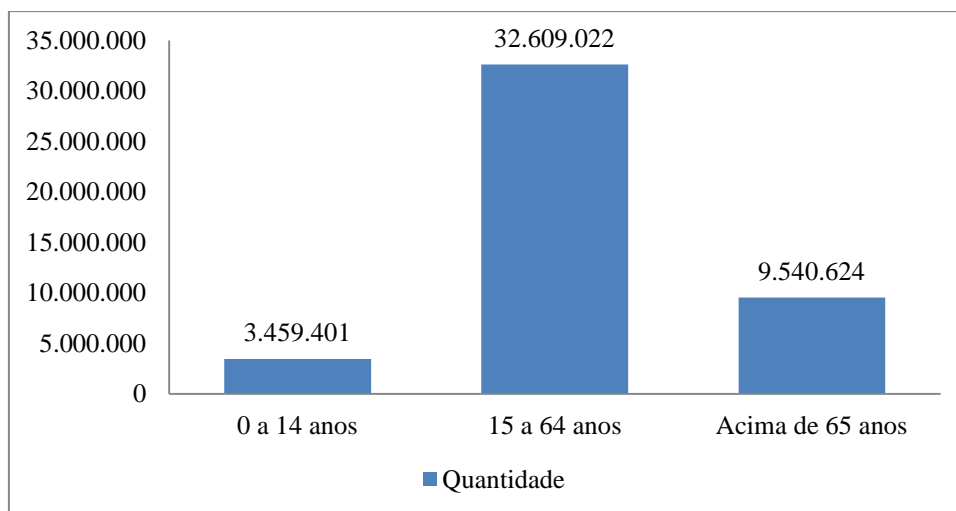
Os tipos de deficiência variam com relação às idades das pessoas. Em 2010, a deficiência, de todos os tipos, teve maior incidência na população de 65 ou mais anos, mostrando o processo de envelhecimento e a consequente perda de funcionalidades. A deficiência visual teve maior prevalência em todos os grupos de idade, sendo bastante acentuada no grupo de acima de 65 anos, ocorrendo em quase metade da população deste segmento (49,8%). Para esse grupo, a deficiência motora é a segunda mais frequente, ocorrendo 38,3%, seguida pela auditiva, em 25,6%, e mental ou intelectual, em 2,9%. Nos grupos de 0 a 14 anos e de 15 a 64 anos, houve uma frequência da deficiência visual, com 5,3% para o primeiro grupo e 20,1% para o segundo. O grupo de 0 a 14 anos apresentou frequência relativamente baixa de todos os tipos, sendo maior frequência a da deficiência visual, com 5,3%. A deficiência motora é a segunda maior em prevalência para o grupo de 15 a 64 anos, com 5,7%.

Tabela IV

	Deficiência visual	Deficiência auditiva	Deficiência motora	Deficiênciamental ou intelectual
0 a 14 anos	5,30%	1,30%	1,00%	0,90%
15 a 64 anos	20,10%	4,20%	5,70%	1,40%
Acima de 65 anos	49,80%	25,60%	38,30%	2,90%

Elaboração própria, segundo IBGE 2010.

Gráfico I



Elaboração própria, segundo IBGE 2010.

Os dados do Censo mostraram que a deficiência atinge as pessoas em qualquer idade, algumas pessoas nascem com ela, outras adquirem ao longo da vida. No entanto, podemos observar um forte aumento nos grupos de idade de 5 a 9 anos e de 40 a 44 anos. A partir desse último grupo, a prevalência da deficiência cresceu acentuadamente. Na faixa de 40 a 59 anos, ocorreu o maior contingente de pessoas com deficiência, cerca de 17,4 milhões de pessoas, dos quais 7,5 milhões eram homens e 9,9 milhões eram mulheres.

O segmento das pessoas com deficiência tende a ser composto por pessoas mais velhas do que as pessoas sem deficiência, refletindo o processo de envelhecimento da população brasileira, cujo índice passou de 19,8 em 2000 para 30,7 em 2010.

Houve registro no Censo de 2010 que a razão do sexo para a população brasileira foi de 96, e para a população com deficiência foi de 76,7%. Esses valores indicam que, para cada 100 mulheres na população total brasileira, existiam 96 homens. Para o segmento populacional da pessoa com deficiência, para cada 100 mulheres existiam 76,7 homens. Esses indicadores refletem o fato de que os homens morrem mais cedo do que as mulheres, o que ocorre com frequência muito mais alta no segmento das pessoas com deficiência.

Para as pessoas com pelo menos uma das deficiências, a população feminina superou a masculina em 5,3 pontos percentuais, o correspondente a 19.805.367 (21,2%) homens e 25.800.681 (26,5%) para mulheres. Para as deficiências visual e motora, a prevalência foi maior entre as mulheres, mas as deficiências auditiva e mental, a prevalência é ligeiramente maior entre os homens.

Tabelas V

	Pelo menos uma delas	Visual	Auditiva	Motora	Mental ou intelectual
Total	23,90%	18,80%	5,10%	7%	1,40%
Homens	21,20%	16%	5,30%	5,30%	1,50%
Mulheres	26,50%	21,40%	4,90%	8,50%	1,20%

Elaboração própria, segundo IBGE 2010

Com relação aos grandes grupos de idade, a incidência das deficiências visual e motora da população feminina superou a dos homens em todos os grupos de idade. As deficiências auditiva e mental tiveram maior incidência ligeiramente na população masculina, com exceção da deficiência intelectual para a o grupo de 65 ou mais anos de idade, com 2,8% em homens e 3% em mulheres.

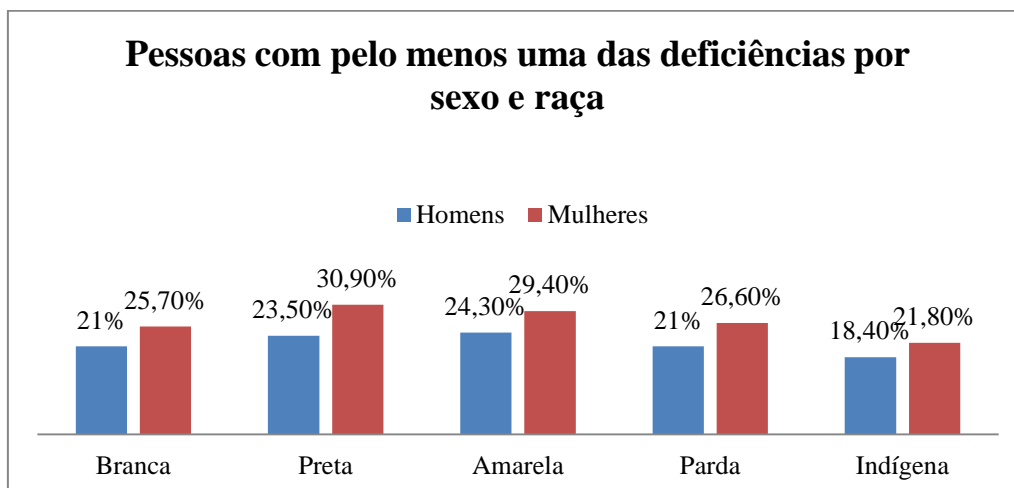
Tabela VI

	Tipos de Deficiência					
	Pelo menos uma delas	Visual	Auditiva	Motora	Mental ou Intelectual	Nenhuma delas
Total	23,9%	18,8%	5,1%	7%	1,4%	76,1%
Homens	21,2%	16%	5,3%	5,3%	1,5%	78,8%
0 a 14 anos	7,3%	4,8%	1,4%	1%	1%	92,7%
15 a 64 anos	22,2%	17,1%	4,5%	4,5%	1,6%	77,8%
65 anos ou mais	64,5%	47,3%	28,2%	30,9%	2,8%	35,4%
Mulheres	26,5%	21,4%	4,9%	8,5%	1,2%	73,5%
0 a 14 anos	7,8%	5,9%	1,3%	1%	0,7%	92,2%
15 a 64 anos	27,6%	23,1%	4%	6,8%	1,2%	72,4%
65 anos ou mais	70,1%	51,7%	23,6%	44%	3%	29,9%

Elaboração própria, segundo IBGE 2010.

A deficiência não ocorreu de maneira uniforme nos grupos raciais. Nos grupos das raças preta e a amarela foram registradas maiores percentuais de deficiência em ambos os sexos, seguindo a tendência de maior incidência na população feminina. As mulheres negras apresentaram maior incidência, em 30,9% do total da população negra. Nesse grupo também foi registrada a maior diferença entre homens e mulheres, de 7,4 pontos percentuais. No segmento da raça branca, essa diferença foi de 4,7%; no de raça amarela, de 5,1%; na de cor parda, de 5,6% e na raça indígena, de 3,4%, sendo essa a menor diferença de incidência entre os gêneros.

Gráfico II



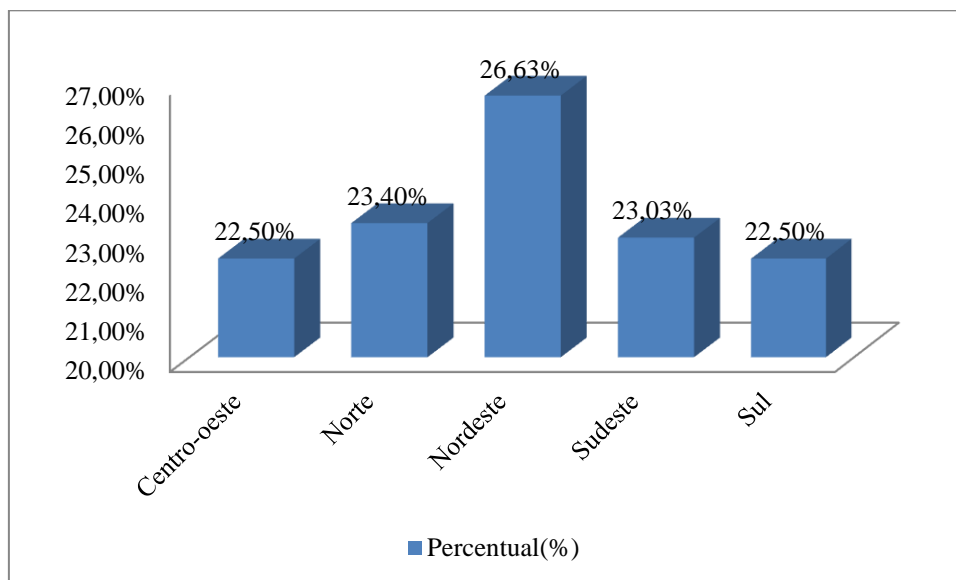
Elaboração própria, segundo IBGE 2010.

3.2. A deficiência nas grandes regiões brasileiras

Estados e regiões oferecem condições de vida diferentes para seus habitantes e como as pessoas com deficiência incluem em suas percepções as dificuldades e facilidades que enfrenta em suas vidas diárias, a incidência pode ser maior ou menor, dependendo das condições oferecidas pelo estado ou região. Portanto, a maior incidência pode refletir, também, condições de vida piores encontradas em alguns estados ou regiões.

A Região Nordeste teve a maior taxa de prevalência de pessoas com pelo menos uma das deficiências, de 26,3%, tendência que foi mantida desde o Censo de 2000, quando a taxa foi de 16,8% e a maior entre as regiões brasileiras. As menores incidências ocorreram na Região Sul e Centro-Oeste, 22,5% e 22,51%, respectivamente. Esses dados corroboram a ideia de que a deficiência tem forte ligação com a pobreza e que programas de combate à pobreza também melhoram a vida das pessoas com deficiência.

Gráfico III



Elaboração própria, segundo IBGE 2010

Entre os estados brasileiros, a maior incidência de deficiência ocorreu nos estados de Rio Grande do Norte e da Paraíba, com taxas de 27,76% e 27,58%, respectivamente, bem acima da média nacional de 23,9%. As mais baixas ocorreram no Distrito Federal e no Estado de São Paulo, com 22,3% e 22,6%, respectivamente. Embora as políticas para as pessoas com deficiência sejam, em sua grande maioria, nacionais, estados e municípios desenvolvem políticas complementares e executam programas federais.

Tabela VII

	População	Percentual
Brasil	45 606.048	23,92%
Rondônia	345 411	22,11%
Acre	165 823	22,61%
Amazonas	791 162	22,71%
Roraima	95 774	21,26%
Pará	1 791 299	23,63%
Amapá	158 749	23,71%
Tocantins	307 350	22,22%
Maranhão	1 641 404	24,97%
Piauí	860 430	27,59%
Ceará	2 340 150	27,69%
Rio Grande do Norte	882 681	27,86%
Paraíba	1 045 631	27,76%
Pernambuco	2 426 106	27,58%
Alagoas	859 515	27,54%
Sergipe	518 901	25,09%
Bahia	3 558 895	25,39%
Minas Gerais	4 432 456	22,62%
Espírito Santo	824 095	23,45%
Rio de Janeiro	3 900 870	24,40%
São Paulo	9 349 553	22,66%
Paraná	2 283 022	21,86%
Santa Catarina	1 331 445	21,31%
Rio Grande do Sul	2 549 691	23,84%
Mato Grosso do Sul	526 672	21,51%
Mato Grosso	669 010	22,04%
Goiás	1 393 540	23,21%
Distrito Federal	574 275	22,34%

Elaboração própria, segundo IBGE 2010

3.3.Evolução do quadro da deficiência no Brasil

Em 2000, o segmento das pessoas com pelo menos uma das deficiências abrangia um contingente de 24.600.256 pessoas não institucionalizadas, ou 14,5% da população brasileira. Em 2010, esse número subiu para 45.606.048 de pessoas ou 23,9% da população total.

A deficiência no grupo de idade de 65 anos ou mais apresentou um crescimento de 13,7 pontos percentuais, aumento que pode ser atribuído tanto ao crescimento populacional como ao crescimento da população acima de 65 anos. No grupo de 15 a 64 anos, o crescimento foi de 9,3%, e na faixa de 0 a 14 anos, o crescimento foi de 3,2 pontos percentuais.

As mudanças ocorridas na estrutura etária da população total do país, entre 2000 e 2010, foram: queda de 5,5% de pessoas no grupo de 0 a 14 anos; aumento de 4% na faixa de 15 a 64 e aumento de 1,5% no grupo de 65 ou mais anos de idade. Mesmo com a queda da população do grupo de 0 a 14 anos, o número de pessoas, número de pessoas com deficiência nessa faixa cresceu 3,2%. No grupo de 15 a 64 anos, houve um crescimento de 9,3% na população com deficiência. Na faixa etária de 65 ou mais, essa população cresceu 13,7 pontos percentuais na década, quando a população total do grupo cresceu 1,5%.

Na distribuição das pessoas por regiões brasileiras, foi observado, desde 2000, a maior prevalência da deficiência na Região Nordeste, situada bem acima de média nacional.

Tabela VIII

Brasil e grandes regiões	Proporção da população com pelo menos uma das deficiências investigadas	
	Total 2000	Total 2010
Brasil	14,5%	23,92%
Norte	14,7%	23,4%
Nordeste	16,8%	26,63%
Sudeste	13,1%	23,03%
Sul	14,3%	22,51%
Centro-Oeste	13,9%	22,50%

Elaboração própria, segundo IBGE 2010

Outra mudança ocorrida na década foi à razão de sexo das pessoas com pelo menos uma das deficiências, que passou de 86,7 para cada 100 mulheres em 2000 para 76,7 de homens para cada 100 mulheres, em 2010.

A situação de domicílio apresentou pequena variação entre 2000 e 2010. A urbanização que ocorreu na população total brasileira também ocorreu no segmento de pessoas com pelo menos uma das deficiências. O Censo 2000 registrou uma pequena diferença na proporção dessas pessoas que viviam no campo e nas cidades, 15,2% na população rural e 14,3% na urbana. Mas, em 2010, constatou-se que essas pessoas estavam distribuídas na mesma proporção nas zonas rurais e urbanas do Brasil.

Tabela IX

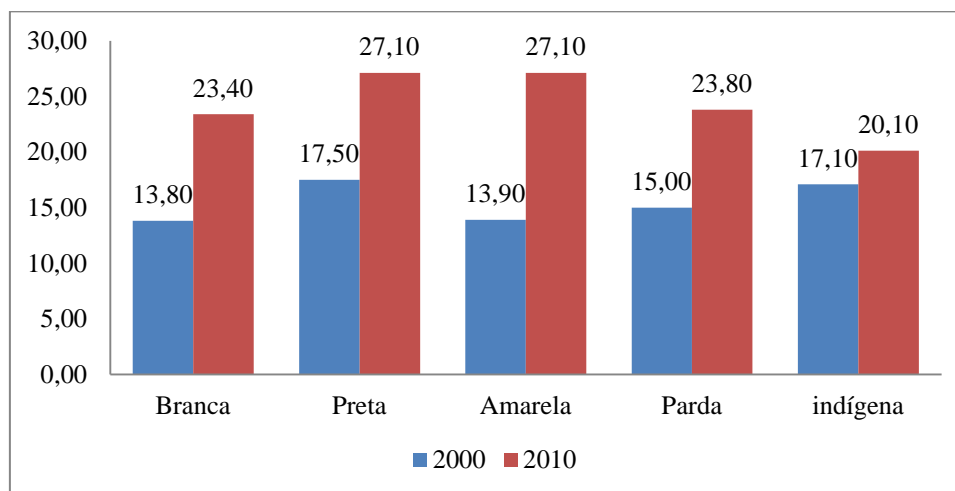
	2000	2010
Total (%)	14,5%	23,9%
População urbana	14,3%	23,9%
População rural	15,2%	23,9%

Elaboração própria, segundo IBGE 2010

Considerando cor ou raça das pessoas com deficiência e comparando das pessoas com deficiência e comparando-se os dois Censos, observa-se que o crescimento para todas as raças acompanhou as médias nacionais, que foram de 14,5% em 2000 e 23,9% em 2010. Em 2000, a maior proporção de pessoas com deficiência ocorreu na população que se declarou de cor preta; em 2010 as maiores proporções ocorreram nas populações de cor/raça preta e amarela, com 27,1% para cada uma delas. A menor proporção, em 2000, encontrava-se na população indígena, que ficou em 20,1%, apesar de ter havido um crescimento de 03 pontos percentuais no segmento das pessoas indígenas com deficiência na década.

Gráfico IV

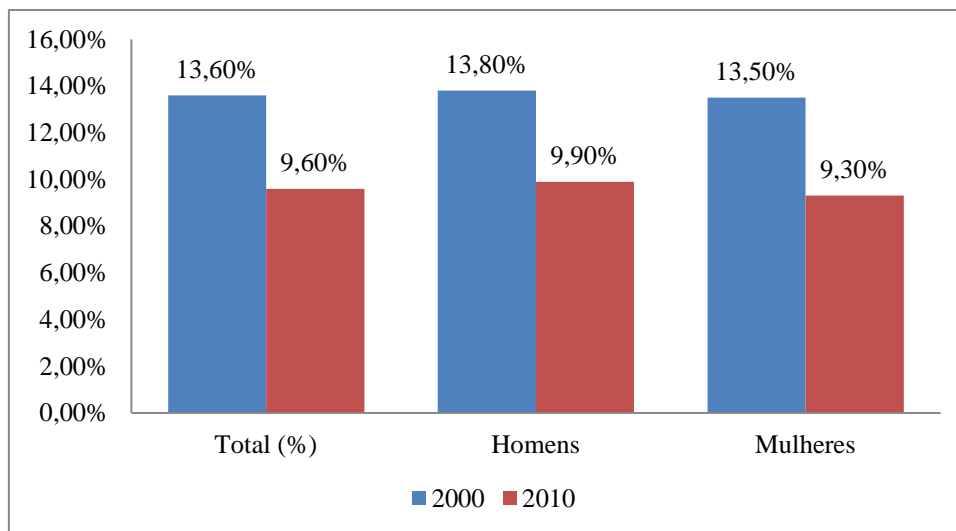
Pessoas com pelo menos uma das deficiências por raça e cor.



Elaboração própria, segundo IBGE

Comparando os dados do Censo de 2000 e de 2010, observa-se que a taxa de analfabetismo para a população com deficiência caiu de 13,6% para 9,5% na década. A queda foi mais acentuada na população feminina, que caiu em 13,5% para 9,3%, enquanto que para a população masculina a taxa caiu de 13,8% para 9,9%.

Gráfico V



Elaboração própria, segundo IBGE

3.4. Educação

A educação tem sido considerada, em todas as nações do mundo e durante toda a história da humanidade, com um fim e um meio para o desenvolvimento do indivíduo e da própria humanidade. Todo homem, mulher, jovem e criança têm direito à educação, treinamento e informação durante todas as fases da sua vida, não havendo limites de idade de suas reivindicações. O direito à educação é inalienável e universal, sendo também considerado um direito que viabiliza a realização de outros direitos, pois ele prepara as pessoas com deficiência para o trabalho e para a obtenção de renda que lhes garantam viver com independência e dignidade.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos dispõe, em seu artigo XXVI, que toda pessoa tem direito à educação obrigatória e gratuita, pelo menos, na educação infantil, fundamental e média. “1. Toda pessoa tem direito à instrução. A instrução será gratuita, pelo menos, nos graus elementares e fundamentais. A instrução técnica profissional será obrigatória. A instrução técnica profissional será acessível a todos, bem como a instrução superior, está baseada no mérito. 2. A instrução será orientada no sentido do pleno desenvolvimento da personalidade humana e no fortalecimento do respeito pelos direitos do

homem e das liberdades fundamentais. A instrução promoverá a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações e grupos raciais e religiosos, e coadjuvará as atividades das Nações Unidas em prol da manutenção da paz.”

O artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil trata dos direitos sociais, entre os quais está o ensino universal. Também está explícito nos artigos 205 a 214 que compete à união legislar, de forma privativa, sobre as diretrizes e bases da educação nacional.

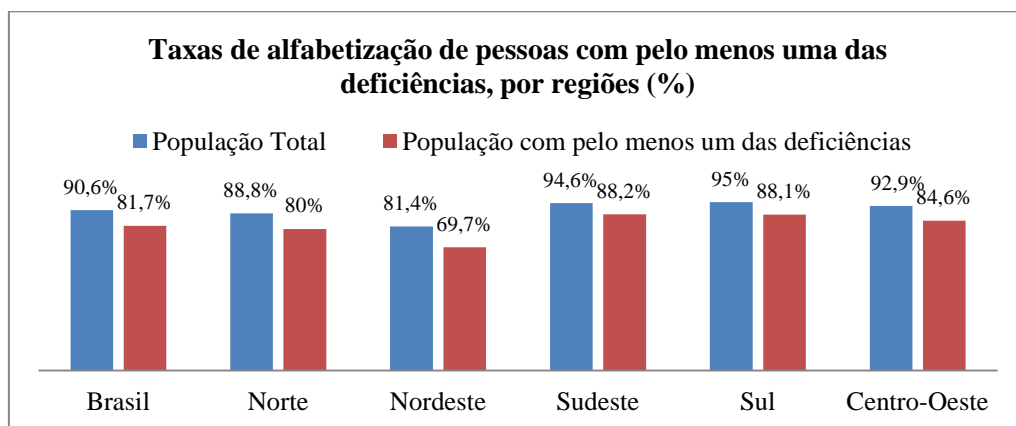
3.5. Taxa de alfabetização

O Censo de 2010 apontou que a taxa de alfabetização para a população total foi de 90,6%, enquanto para o segmento das pessoas com pelo menos uma das deficiências foi de 81,7%. Para ambos os grupos, as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores taxas de alfabetização. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste tiveram as maiores, 94,6%, 95% e 92,9% para as pessoas sem deficiência e 88,2%, 88,1% e 84,6% para as pessoas com deficiência. A maior diferença entre as taxas da população total e da população de pessoas com deficiência ocorreu na Região Nordeste, em torno de 11,76 pontos percentuais. Essa diferença foi alta, também, na Região Norte, de 8,8%. A menor diferença foi observada na Região Sul, de 6,9 pontos percentuais.

A Região Centro-Oeste, apesar de apresentar altas taxas de alfabetização para os dois contingentes populacionais, registrou uma diferença grande entre eles, de 8,3%.

As pessoas com deficiência apresentaram taxas de alfabetização menores do que a população total em todas as regiões brasileiras. A equiparação de oportunidades para todos é um dos elementos de base de direitos humanos. Por isso, tanto as diferenças entre regiões como entre pessoas com e sem deficiência são uma grande preocupação de todos os níveis de

Gráfico VI



Elaboração própria, segundo IBGE 2010

3.6. Taxa de escolarização

Segundo o IBGE, Taxa de Escolarização é a percentagem dos estudantes de um grupo etário em relação ao total de pessoas do mesmo grupo etário. O ensino obrigatório no Brasil começa com a matrícula da criança aos seis anos de idade e tem duração de nove anos. A taxa de escolarização foi calculada para o grupo etário total de 6 a 14 anos e para o segmento das crianças com pelo menos uma das deficiências. Foi comparado as pessoas sem deficiência e as com deficiência. Observa-se que essa taxa foi relativamente uniforme tanto entre as regiões como entre os dois segmentos da população. As taxas mais baixas ocorreram na Região Norte, 94% para o total e 93,3% para a população com deficiência, sendo a diferença entre eles a menor entre as regiões, de 0,7%. Os maiores valores foram verificados nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, de 97,4% e 95,4%; 97,7% e 95,5%; 97% e 95% respectivamente. A maior diferença entre a população total e a população com deficiência ocorreu na Região Sul, que foi de 2,4%. A diferença para a população no Brasil foi de 1,8%.

3.7. Nível de instrução

O nível de instrução mede a proporção de pessoas de 15 anos ou mais de idade que atingiram determinados anos de estudo. Em 2010, na população com deficiência, 14,2% possuíam fundamental completo, 17,7%, o médio completo e 6,7% possuíam curso superior completo. A proporção denominada “não determinada” foi igual a 0,4%. Em 2010 havia ainda, grande parte da população sem instrução e fundamental completo, um total de 61,1% das pessoas com deficiência.

A comparação entre pessoas com pelo menos uma das deficiências e as pessoas sem nenhuma das deficiências mostra que somente 38,2% desse último grupo não possuíam instrução e fundamental incompleto.

O segundo maior nível de diferença entre os segmentos foi o de médio completo e superior incompleto, de 12 pontos percentuais. Em 2010, 6,7% das pessoas com deficiência possuíam diploma de curso superior, enquanto 10,4% das pessoas sem deficiência o possuíam.

No nível regional, a Região Nordeste teve o maior percentual de pessoas sem instrução e fundamental incompleto, com taxa de 67,7% e a região Sudeste apresentou a menor, com 56,2%. Com relação ao nível superior, a menor taxa foi de 4,0% na Região Nordeste e a maior foi de 8,5% na Região Sudeste do país.

Em 2010 existiam 45.220.745 pessoas em 05 anos ou mais de idade que apresentavam pelo menos uma das deficiências investigadas. Ressalte-se que as pessoas incluídas em mais de um tipo de deficiência foram contadas apenas uma vez. Desse total, 36.964.660 estavam alfabetizadas, 81,7% desse segmento populacional. Para as pessoas sem nenhuma deficiência, essa taxa chegou a 92,1%. Considerando o gênero da população com deficiência, para as mulheres a taxa de alfabetização foi de 82,33% e de 80,97% para os homens. Entre os tipos de deficiência, a menor taxa de alfabetização foi no grupo de deficiência mental ou intelectual, taxa de 52,8%, seguida pela motora, com 71,6% e visual com 83,1%. Portanto, em 2010, a deficiência mais restritiva à alfabetização era mental ou intelectual.

3.8.Trabalho

A Declaração Universal dos Direitos Humanos declara, em seu Artigo 23, que: “toda pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do seu trabalho e a condições equitativas ou satisfatórias de trabalho e à proteção contra o desemprego”. A Constituição Federal do Brasil, em seu artigo 7º, proíbe a discriminação na remuneração e nos critérios de admissão dos trabalhadores com deficiência. Em seu artigo 37, garante que a reserva de vagas na administração pública para pessoas com deficiência. A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência trata do trabalho e emprego em seu Artigo 27. Nesse artigo, a Convenção reafirma o Artigo 23 da Declaração, inclusive para as pessoas que adquiriram a deficiência no ambiente de trabalho. Assegura, também, condições de acessibilidade que garantam às pessoas com deficiência as mesmas condições de que goza a população sem deficiência.

Outra iniciativa que dá garantias ao trabalhador com deficiências é a Lei de Cotas. Criada em 24 de julho de 1991, estabelece em seu Artigo 93 que a empresa com 100 ou mais funcionários está obrigada a preencher de dois a cinco por cento dos seus cargos com pessoas com deficiência e reabilitadas, na seguinte proporção do número total de funcionários; até 200, 2%; de 201 a 500, 3%; de 501 a 1000, 4%; de 1001 e acima, 5%.

Apesar da exigência legal de cotas para trabalhadores com deficiência, a participação no mercado de trabalho, em 2010, ainda era baixa quando comparada com pessoas sem deficiência. Do total de 86,4 milhões de pessoas, de 10 anos ou mais, ocupadas, 20,4 milhões eram pessoas com deficiência, 23,6% do total. Em 2010, havia 44.073.377 pessoas com pelo menos uma deficiência em idade ativa, mas 23,7 milhões não estavam ocupadas.

O maior contingente de pessoas ocupadas na semana de referência foi representado pelo grupo na faixa etária de 40 a 59 anos, cuja população era de 10.708.757 trabalhadores. O menor número de trabalhadores ocupados foi o da população de 10 a 14 anos, com 120.837 pessoas com pelo menos uma deficiência trabalhando na semana. Embora seja o menor número dos registros e bem menor do que o número da população sem deficiência (948.536), não é desejável crianças nessa faixa etária estejam trabalhando.

A deficiência mental ou intelectual exerceu maior impacto negativo no nível de ocupação, tanto para os homens como para as mulheres. A população feminina apresentou menores níveis de ocupação em todos os tipos de deficiência investigados.

O nível de ocupação mede o percentual de 10 anos ou mais. Para o total da população com deficiência, o nível de ocupação foi de 57,3% para os homens e 37,8% para as mulheres, uma diferença de 19,5 pontos percentuais. Com relação aos tipos de deficiência, observou-se o mesmo padrão apresentado pela taxa de atividade, inclusive com relação às diferenças entre homens e mulheres. As diferenças entre gêneros seguem as mesmas observadas na população total, constituídos por pessoas com e sem deficiência. As diferenças entre os gêneros para os diferentes tipos foram significativas: 6% para a deficiência intelectual: 14,1% para a motora, 21,6% para a auditiva e 20,8% para a visual.

Em 2010, a população ocupada na semana de referência, com pelo menos uma das deficiências investigadas, era de 20.365.963 pessoas, ou 23,6% do total de ocupados, que ficou em 86.353.839. Dessas pessoas, 10.890.406 eram homens e 9.475.557 eram mulheres. A população sem deficiência empregada era de 65.967.714 do total, ou 76,4%.

3.9. Taxa de atividade

Um dos indicadores usados para aferir a inserção das pessoas no mercado de trabalho é a Taxa de atividade, que mede o percentual de pessoas economicamente ativas na população de 10 ou mais anos de idade. Em 2010, para as pessoas pelo com menos uma das deficiências, essa taxa era de 60,3% para os homens e 41,7% para as mulheres, uma diferença de 18,6 pontos percentuais.

A taxa de atividade variou tanto em relação ao gênero como em relação aos tipos de deficiência. Na comparação por gênero, as mulheres apresentaram as menores taxas de atividades para todos os tipos de deficiência. Do total, a taxa para as mulheres foi de 41,7% enquanto para homens foi de 60,3%.

Quanto aos tipos de deficiência, a menor taxa ocorreu no segmento das pessoas com deficiência mental e intelectual, tanto para homens quanto para mulheres, cujos valores foram

de 22,2% e 16,1% respectivamente. A deficiência motora foi a segunda mais restritiva, com taxas de 41,3% para homens e 27,4% para mulheres. Em terceiro lugar ficou a deficiência auditiva. Com 52,4% para homens e 31,3% para mulheres. A deficiência visual foi a menos restritiva, apresentou taxa de 63,7% para homens e 43,9% para mulheres. Com exceção da deficiência mental ou intelectual, cuja diferença entre as taxas para homens e mulheres foi de 6,1%, as diferenças entre taxas de atividade para as demais deficiências foram altas, de 13,9% para a motora, 21,1% para a auditiva e 19,8% para a visual.

4. ALGUMAS LEGISLAÇÕES REFERENTES À ACESSIBILIDADE

Serão explicitadas algumas Leis referentes à acessibilidade aos deficientes como direito à cidade.

4.1. Lei nº 12.587, de 03 de janeiro de 2012.

A referida Lei “Institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana”, onde para complementá-la, em seu artigo 1º, cita alguns artigos da Constituição Federal de 1988. O artigo 182 da Constituição assevera o seguinte:

“A política de desenvolvimento urbano, executada pelo Poder Público municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em lei têm por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes.”

4.2. Lei nº 10.048, de 18 de dezembro de 2000.

Esta Lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação.

4.3. Lei nº 7.405, de 12 de novembro de 1985.

Essa Lei torna obrigatória a colocação do ‘Símbolo Internacional de Acesso em todos os locais e serviços que permitam sua utilização por pessoas portadoras de deficiência. É obrigatória a colocação, de forma visível, do “Símbolo Internacional de Acesso”, em todos os locais que possibilitem acesso, circulação e utilização por pessoas portadoras de deficiência, e em todos os serviços que forem postos à sua disposição ou que possibilitem o seu uso.

4.4.Lei Estadual nº 6.083, de 29 de junho de 1995.

A referida Lei “Dispõe sobre a adaptação de logradouros, edifícios e transporte coletivo para os acessos às pessoas portadoras de deficiência”. A mesma ratifica a legitimidade para que os espaços públicos estivessem acessíveis para a pessoa portadora de deficiência, no qual o artigo 1º assevera que “os logradouros, edifícios de uso público e os veículos de transporte coletivo, serão adaptados para que se possa assegurar o acesso às pessoas portadoras de deficiência, conforme o artigo 260 da Constituição Estadual”. Os edifícios públicos deverão atender a essas exigências de acordo com a Norma Brasileira de Registro-NBR 9050, da Associação Brasileira de Normas Técnicas.

4.5.Lei Estadual nº 7.714, de 28 de dezembro de 2004.

A presente lei vem detalhando critérios sobre acessibilidade com conceitos referentes ao mesmo, conforme o artigo 2º ressalta, descrevendo o que significa acessibilidade no inciso I, o que são barreiras no inciso II, detalhando na alínea “a” e “b” o que significa barreiras arquitetônicas urbanísticas e nas edificações, nos transportes e nas comunicações. O inciso III explicita o que são as pessoas portadoras de deficiência ou mobilidade reduzida, o inciso IV descreve o que são os elementos de urbanização, o inciso V explica o que é mobiliário urbano e o inciso VI fala sobre o que é ajuda técnica.

4.6.Lei Estadual nº 9.013, de 30 de dezembro de 2009.

Conforme o artigo 1º fica implantado a obrigatoriedade de 20% da frota de ônibus intermunicipais de disporem de adaptações para atendimento dos portadores de deficiência. O § 1º, inciso I e II assevera que as adaptações são as seguintes: locais para acomodar os deficientes com mensagens ou avisos sonoros para os deficientes visuais; e colocação de porta larga, com elevador para embarque e desembarque de deficientes. O § 2º diz que essas informações devem vir contidas nos termos aditivos dos contratos de concessão já existentes e dos editais de licitações para concessão de linhas futuras ou das renovações atuais.

4.7.Lei Municipal nº 11.102, de 23 de julho de 2007.

A referida Lei determina a sinalização do chão em de obstáculos suspensos, em edifícios e logradouros de uso público para a orientação e deficientes visuais. O artigo 1º diz que os equipamentos instalados em edifícios e logradouros de uso público na cidade de João Pessoa, que se encontrem suspensos, ou seja, sustentados por hastes, cuja base esteja a menos

de 2,00m (dois) metros do piso, serão sinalizados no chão para orientação de deficientes visuais que usam bengalas.

5. EXPERIÊNCIAS DE ACESSIBILIDADE AOS DEFICIENTES EM UNIVERSIDADES FEDERAIS.

5.1. Laboratório de Acessibilidade (LA) aos alunos com deficiência na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Este relato de experiência é divulgar o atendimento informacional prestado pelo Laboratório de Acessibilidade (LA) aos alunos com deficiência visual da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Este laboratório é voltado a a disponibilização de informação acessível aos alunos com deficiência visual. O processo de disponibilização de conteúdos acadêmicos direcionados ao deficiente visual na UFRN está sendo realizado pelo LA, setor integrante da Divisão de Apoio ao Usuário (DAU) da Biblioteca Central Zila Mamede (BCZM), em conformidade com o seu Regimento interno. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 2013). Para tanto, o LA trabalha seguindo as diretrizes administrativas da BCZM e técnico-financeiras da Comissão Permanente de Apoio ao Estudante com Necessidades Educacionais Especiais (CAENE) com o objetivo de garantir o direito às pessoas com Necessidades Educacionais Especiais (NEE) a acessibilidade à informação e a condições de acesso ao conteúdo didático necessário à sua formação acadêmica.

Nesse cenário, o LA tem como objetivo principal suprir as necessidades informacionais do discente com deficiência visual bem como promover ações voltadas à criação e disseminação de ferramentas de apoio à aprendizagem e inclusão acadêmica e social.

Quanto aos serviços, o LA oferece: digitalização de textos elaborados em conformidade a Lei 9.610 de Direitos Autorais; transcrição e impressão de materiais para o Braille; conversão de textos para áudio em mp3; treinamento para utilização de *softwares* acessíveis; orientação à pesquisa bibliográfica e digital; e agendamento de visita programada os quais atendem a uma demanda de alunos que precisam estudar, produzir conteúdos usados na sala de aula, trabalhos, leituras complementares, discussões e avaliações. Geralmente, estes materiais são: capítulos de livros, artigos de revistas, livros, *slides*, etc., fundamentais no que diz respeito à igualdade de oportunidades de acesso aos conteúdos informacionais. Porém, existem dois fatores imprescindíveis no sucesso desse serviço que é a conscientização dos

docentes, no que se refere ao envio antecipado dos materiais informacionais trabalhados em sala de aula, como também a orientação na descrição de imagens, gráficos, fluxogramas entre outros, fundamentais na compreensão do conteúdo a ser estudado pelo aluno com deficiência visual.

Em relação à digitalização dos materiais informacionais, pode-se evidenciar que se configura em um trabalho minucioso que envolve algumas etapas, tais como: digitalização do material informacional, conversão de imagem textual para doc., correção das informações e revisão final.

Para a impressão em Braille, as etapas são: transcrição do material, edição, revisão e impressão. Assim, faz-se necessário a compreensão das nuances que envolvem todo o processo voltado a integridade das informações bem como o conhecimento das técnicas capazes de tornar o material acessível associados à observação do perfil dos discentes atendidos e suas demandas voltadas ao tipo de material (impresso, digital ou áudio; o tipo de arquivo: .doc, PDF, MP3); tamanho de fonte e cumprimento do prazo de envio do material informacional para o discente.

Os resultados apresentados nos Quadros 1, 2 e 3 revelam dados sobre a quantidade de alunos atendidos pelo LA nos anos de 2011, 2012 e 2013. Quanto à condição, considerou-se como pessoa com deficiência visual as que apresentam **cegueira** e **baixa visão**. Posteriormente, analisou o total de solicitações de materiais, seguido dos tipos de arquivos solicitados pelos alunos, de acordo com as variantes anteriormente citadas.

Alunos	2011	2012	2013
Cegueira	04	05	03
Baixa Visão	02	04	08
Total	08	09	11

Quadro 1 - Alunos atendidos

Fonte: Os autores (2014).

Solicitações	2011	2012	2013
Cegueira	351	227	210
Baixa Visão	54	106	118
Total	405	333	338

Quadro 2 - Solicitações

Fonte: Os autores (2014).

Aluno/Arquivo	2011	2012	2013
Cegueira			
Doc.	8.039	5.251	5.185
Braille	1.670	2.801	-
MP3	-	53	46
Baixa Visão			
Doc.	4.380	5.572	10.542
MP3	02	-	29

Quadro 3 - Tipo de arquivo

Fonte: Os autores (2014).

5.2.CENTRO DE ATENDIMENTO AO DEFICIENTE VISUAL-CADV DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS.

No âmbito da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, esses estudos datam de 1987, onde se pode afirmar que foi a primeira vez na história da instituição que um documento reconheceu a necessidade de tratamento diferenciado aos portadores de necessidades educativas específicas. Esse trabalho foi realizado por alunos do mestrado da Escola de Biblioteconomia da UFMG, atual Escola de Ciência da Informação, que faziam reflexões sobre o tema, apresentando sugestões sobre o que poderia ser feito para uma inclusão do deficiente como, por exemplo, a gravação de livros em fita, a criação de centros de apoio aos deficientes em cada unidade, maior número de livros em Braille e a mudança nas provas do Vestibular, o que aconteceu em 1995.

Após esse trabalho muito mudou no contexto da UFMG, como a criação da Comissão Pró-Acesso em 1993. Também foi publicada a resolução 20/86 que dentre outras coisas determinava considerações sobre as dificuldades de acesso a deficientes e idosos nas dependências da instituição. A partir de então os prédios construídos são feitos de forma a facilitar o trânsito e acesso a essas pessoas. Criado em 1992, por da iniciativa da Bibliotecária Maria Elisa Barcelos a partir de um curso de especialização que a mesma frequentava, o Laboratório de Recursos para Deficientes Visuais, que atualmente o Centro e Apoio ao Deficiente Visual – CADV –, está localizado na biblioteca da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FAFICH – na UFMG e é resultado do projeto “Criação de um serviço de informação especial para o deficiente visual da Universidade Federal de Minas Gerais”. Seu objetivo principal é propiciar aos alunos portadores de qualquer deficiência visual a literatura básica necessária para seus cursos. Ele iniciou com o atendimento à 2 alunos e hoje já atendeu aproximadamente 26 discentes dos mais variados cursos. Atualmente, o setor atende a 6 usuários, sendo que dois deles são alunos da graduação, uma é aluna do mestrado e as outras três não tem vínculo estudantil com a UFMG. Entre os serviços prestados pelo CADV, estão à

leitura e gravação de textos em fitas K7 e em CD. O Centro possui uma mesa para gravação dos textos. Também possui uma impressora Braille, Index Braille e uma lupa eletrônica, Interface VGA preto e branco.

São disponibilizados aos estudantes aos usuários do CADV, gravadores portáteis, para que possam gravar e ouvir textos e as aulas que preferirem. O acervo do CADV conta com mais de 3.000 fitas com textos de diversas áreas do conhecimento, sendo parciais e obras completas, além de alguns exemplares de livros em Braille. A base de dados utilizada pelo setor é o WINISIS, versão para o Windows da plataforma ISIS. Para a digitalização dos textos são utilizados dois scanners. Ainda há para a utilização dos alunos computadores com o sistema operacional DOSVOX, que permitem aos alunos, a partir do sintetizador de voz, realizar suas tarefas. O atendimento do setor é realizado por uma assistente administrativo e dois bolsistas “FUMP”, coordenados pelas bibliotecárias de referência da biblioteca da FAFICH.

6. METODOLOGIA

Será utilizado um Questionário aberto e feita entrevista com a Coordenadora do Comitê de Inclusão e Acessibilidade (CIA). Buscaram-se os Regimentos Internos do Sindicato dos Professores (Adufpb) e do Sindicato dos Servidores Técnicos (SINTESP), do Centro de Tecnologia, Centro de Educação, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, do Diretório Central dos Estudantes e o Estatuto da Universidade. Para a obtenção dos Regimentos, houve a visita nas instituições e nos Centros mencionados, além da pesquisa na página oficial da UFPB na internet para obtenção do Estatuto.

Houve a busca de informações no CIA sobre o desenvolvimento de tecnologias que diminuem as barreiras dos saber numa sala de aula, se há livros apropriados para os mesmo, instrumentos de auxílio à pesquisa, como computadores acessíveis, imobiliários adaptados, e diversos materiais existentes. Realizamos uma análise de documentos públicos, tais como as legislações nacionais, estaduais, municipais e as Resoluções da Universidade.

Buscou-se também obter informações referentes ao orçamento disponível na UFPB para programas serem criados, ou para programas que em andamento.

Também por meio de registro fotográfico, se procurou identificar nos locais mais frequentados pelo corpo acadêmico, e se a UFPB cumpre com as normas e políticas de

acessibilidade existentes na legislação brasileira. Foi feita visita na TV UFPB, no qual se buscou informações referentes ao seu canal se é ou não acessível aos deficientes.

7. CARTAS-PROGRAMA DOS SINDICATOS DE PROFESSORES, FUNCIONARIOS E REGIMENTOS INTERNOS NA UFPB.

Foram observados neste aparato, os Regimentos Internos dos Sindicatos dos Professores da Universidade (ADUFPB); o Regimento Interno dos servidores técnicos da Universidade, o (SINTESP); e foram observados os regimentos internos de três centros na Universidade: o Centro de Educação-CE; o Centro de Tecnologia-CT; Centro de Ciências Sociais Aplicadas-CCSA e do Diretório Central dos Estudantes-DCE. Também foi observado o Estatuto da UFPB buscando informações referentes aos deficientes da Universidade.

7.1.Regimento Interno da Associação dos Docentes da Universidade Federal da Paraíba-ADUFPB.

A ADUFPB não possui nenhum artigo sobre os deficientes, ou que seja voltado à acessibilidade e participação dos professores deficientes que seja explícita em seu Regimento Interno. Desde o título I-da organização, fins sede e duração, capítulo II-da Assembleia Geral, o capítulo IV: da diretoria executiva; o título II-dos sindicalizados, seus direitos e deveres, o título III-dos órgãos, composição e atribuições, o título V-dos processos eleitorais, título VI-do patrimônio, o título VII-das disposições gerais e finais.

7.2.Regimento Interno do Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Ensino Superior-SINTESP.

O SINTESP, em seu regimento, no artigo 25, Inciso X diz que: “articular a integração dos membros da categoria aos movimentos dos portadores de deficiências”. Neste artigo, o Regimento define as atribuições do Diretor de Políticas Sociais a “cumprir e fazer cumprir o presente Estatuto e o Regimento da Entidade” (artigo 25, inciso I). Nisso o SINTESP está comprometido a fazer com que apoie os movimentos das pessoas com deficiência. Com exceção deste artigo, o regimento não contempla em seus escritos outros artigos relacionados aos deficientes sobre questões estruturais, arquitetônicas, ou inclusão e incentivos às pessoas com deficiência.

7.3.Regimento Interno do Diretório Central dos Estudantes-DCE UFPB

O DCE é a entidade máxima de representação dos estudantes da Universidade Federal da Paraíba. A mesmo é uma associação civil sem fins lucrativos, de duração indeterminada, sem filiação partidária e religiosa, livre e independente dos órgãos públicos ou

governamentais, regidos pelo presente estatuto, sendo sede no Campus I e foro na cidade de João Pessoa.

Foi identificado que o DCE não possui nenhum artigo sobre os deficientes. Desdeo Caítulo I que descreve sobre a Denominação, Natureza, Sede, Duração, Fins e Representação Legal, até o Capítulo VIII que descreve as Disposições Gerais e Transitórias, não há nenhuma citação de artigo que seja voltado à acessibilidade ou aos deficientes.

7.4.Regimento Interno do Centro de Educação-CE

Foi criado através da resolução nº 72, de 28 de Fevereiro de 1979, o Regimento interno do Centro de Educação, conforme assevera o artigo 1º do mesmo. Foi instituída pelo artigo 15, alínea “e”, do Estatuto da Universidade.

Sobre a questão voltada à deficiência, o referido regimento não contempla explicitamente nenhum artigo voltado ao tema em questão. Do capítulo I, que está voltado à origem e natureza legal do centro, o capítulo II que descreve sobre as finalidades, o capítulo III que expõe sobre a organização do Centro até o capítulo V.

7.5.Regimento Interno do Centro de Tecnologia-CT

O Centro de Tecnologia foi instituído pelo Decreto nº 73.701, de 28 de fevereiro de 1974, integra o sistema de ensino, pesquisa e extensão da Universidade Federal da Paraíba como órgão setorial com funções executivas e deliberativas, agrupando departamentos, coordenações de curso, órgãos suplementares e outras unidades de apoio didático, científico e administrativo (de acordo com o artigo 6º do capítulo II do Regimento Interno da UFPB na sua definição de Centro).

Desde o Capítulo II, que descreve sobre a Organização do Centro, o capítulo II dos órgãos deliberativos, até o capítulo VII das disposições gerais e transitórias não contempla nenhum artigo sobre os deficientes do referido Centro.

7.6.Regimento Interno do Centro de Ciências Sociais Aplicadas e o Estatuto da Universidade Federal da Paraíba

O referido Centro não possui um Regimento Interno, valendo para o mesmo o Estatuto da Universidade no qual foi criado através da Resolução nº 07, de 01 de outubro de 2002, aprovado pela Câmara de Educação Superior Nacional de Educação e pelo Ministro de Estado e Educação.

Sobre os capítulos e títulos do Estatuto, não se contempla sobre as questões da acessibilidade aos deficientes, ou sobre as atribuições que um deficiente poderá ter na Universidade.

8. COMITÊ DE INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (CIA-UFPB).

O Comitê de Inclusão e Acessibilidade (CIA) da Universidade Federal da Paraíba é uma assessoria especial vinculada diretamente ao Gabinete da Reitoria. Foi criado oficialmente no dia 26 de novembro de 2013 através da Resolução nº 34/2013 do Conselho Universitário (CONSUNI).

Foi feito uma entrevista com responsável do CIA-UFPB, no qual se expõe algumas informações referentes Comitê⁴ que mostramos a continuação.

1. QUANDO (COMO) OS DEFICIENTES INGRESSAM NA UNIVESIDADE E COMO ELES SÃO IDENTIFICADOS OU DIRECIONADOS AO COMITÊ?

Ingressam como os estudantes que não possuem deficiência. Não existe nenhum tratamento especial. Ingressam via Sistema de Seleção Unificada (SISU), através do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem). O SISU é o Sistema de Seleção Unificada é o sistema informatizado, gerenciado pelo Ministério da Educação (MEC), no qual instituições públicas de ensino superior oferecem vagas para candidatos participantes do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) (SISU, 2014). A responsabilidade da inscrição é do Ministério da Educação e Cultura (MEC) que, conforme explicita em seu site (MEC, 2011), haverá atendimento especializado e/ou específico aos participantes com deficiências ou em condições especiais desde que esse participante informe no ato da inscrição sua deficiência e/ou condição especial e os recursos necessários para a realização da prova. Ele deverá dispor dos documentos comprobatórios de sua deficiência.

No ato da matrícula, se faz a pergunta se o estudante possui alguma deficiência e qual é. Segundo o CIA-UFPB, nas aulas o mesmo é inserido na sala de aula com os demais alunos que não possuem deficiência, e não possui na universidade um professor exclusivamente para o aluno deficiente. As ferramentas e materiais utilizados em sala de aula serão adaptados de acordo com a necessidade de cada professor e aluno. No que tange ao plano de cotas da UFPB, a mesma dispõe de 5% do percentual de vagas para os mesmos, que segundo a:

⁴ Foi feito um questionário que está em anexo, que expôs as informações referentes à Acessibilidade na UFPB.

Do total de vagas resultante dos percentuais constantes do caput deste artigo 5% será destinado para pessoas portadoras de deficiência (Resolução CONSEPE nº 09/2010, artigo 2º).

Existem casos em que a pessoa com deficiência não se identifica com tal na hora da matrícula. É o caso de alguns alunos que possuem deficiência mental, onde por terem entrado pelo plano de cotas, não querem ser identificados. Os mesmos que possuem esse tipo de deficiência tem a concepção que serão discriminados (sofrerão bullying), sofrerão preconceitos no próprio curso deles, ou não conseguirão ser contratados por nenhuma empresa. Quando esse tipo de aluno chega, na maioria das vezes não pelo cadastro que eles são geralmente identificados, mas quando no decorrer do curso, a coordenação, o professor ou os alunos em sala de aula é que identifica que a determinada pessoa possui tal deficiência. Na identificação por parte do Comitê, onde ele será direcionado, se fará uma orientação aos alunos e professores do mesmo para saberem lidar com esse aluno com deficiência⁵. Os alunos têm o livre arbítrio para quererem receber a assistência do Comitê e todos os cuidados e acompanhamento que o CIA oferece.

2. QUANTOS ALUNOS COM DEFICIÊNCIA SÃO ATENDIDOS SEMESTRALMENTE PELO CIA-UFPB?

Em 2011 havia 11 alunos com deficiência em toda UFPB. Posteriormente subiu para 22 alunos, depois 30, 40, 76. Esse aumento foi gradativo por causa, também, do aumento dos cursos que a UFPB começou a ofertar e o plano de cotas. Atualmente a Universidade possui 526 alunos dos mais diversos cursos e centros cadastrados no sistema da UFPB que possui algum ou mais tipos de deficiência.

3. QUAIS OS DIAGNÓSTICOS (PERFIL DE DEFICIÊNCIA, DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ETC.)

A Universidade possui uma quantidade maior de alunos com deficiência física, com 217 alunos; em segundo vem a deficiência auditiva, com 184 alunos; e, em terceiro, os alunos com deficiência visual, com 89 alunos; em quarto estão os alunos que possuem as mais variadas deficiências (transtornos globais e desenvolvimento, deficiência mental e transtorno de déficit de atenção ou hiperatividade).

⁵ Na página do Comitê na internet possui orientações para professores que possuem alunos com deficiência, e que serve como conhecimento adicional também para alunos e servidores como um todo da Universidade. Disponível em: < <http://www.ufpb.br/prape/?q=node/20>>.

O Comitê não possui informações sobre dados sociodemográficos e do perfil dos alunos com deficiência (baixa renda, vulnerabilidade social, etc.), pois a competência desses dados e da Coordenação de Assistência e Promoção Estudantis-COAPE⁶, que é “[...]responsável por planejar, executar e gerenciar a política da UFPB na área de promoção e assistência ao discente, instituindo ações e programas de natureza acadêmica e comunitária, apoiando e estimulando as formas de organização e representação estudantis, buscando despertá-los para os grandes problemas sociais da Paraíba, do Nordeste e do Brasil”.

4. HÁ DOCUMENTOS COM DESCRIÇÕES SOBRE OS ALUNOS DEFICIENTES DA UFPB?

No decorrer do trabalho serão colocadas tabelas, gráficos e dados sobre os alunos com deficiência que a Universidade possui.

5. QUAIS AS ATRIBUIÇÕES DO COMITÊ RELACIONADO AOS PROGRAMAS PEDAGÓGICOS (LIVROS, PCs, PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DO PIBIC/MONITORIA/EXTENSÃO) E ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (CÃO-GUIA) E MOBÍLIA?

Como explicitado anteriormente, surgindo a necessidade de auxiliar o professor ou aluno com deficiência em sala de aula, o Comitê dará todo o suporte e assistência necessária para que as barreiras entre o ensino e o aprendizado sejam minimizadas ou eliminadas disponibilizando livros em Braille, computadores acessíveis com teclados adaptáveis. Para que isso ocorra, deve surgir a demanda, para que posteriormente sejam supridas as necessidades existentes. Sobre a participação em programas de monitoria, extensão e Pibics, não é atribuição do CIA essa responsabilidade de gerenciar sobre a quantidade de vagas para os alunos deficientes, e também impor sobre os professores para reservarem uma quantidade específica de vagas para que os alunos com deficiência possam ser selecionados para ocuparem essas vagas, pois o professor tem autonomia para abrir vaga ou não para os deficientes. É atribuição do CIA participar de reuniões, fazer parcerias e orientar sobre a importância da inclusão dos alunos deficientes. A maior parte dos alunos atendidos pelo CIA está envolvido em projetos. Caso seja aberto vagas para os alunos com deficiência nesses projetos supracitados, no ato da seleção deverá haver todas as adaptações necessárias para que o mesmo participe do ato.

⁶ Na página do site que foi extraído a informação não possui o ano que foi explicitado.

No que se refere ao acompanhamento terapêutico, foi utilizado o exemplo do cão-guia. A Lei nº 11.126, de 27 de junho de 2005, em seu artigo 1º e 3º, dispõe sobre o direito do portador de deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes coletivos (públicos) acompanhado de cão-guia:

É assegurado à pessoa portadora de deficiência visual usuária de cão-guia o direito de ingressar e permanecer com o animal nos veículos e nos estabelecimentos públicos e privados de uso coletivo, desde que observadas às condições impostas por esta Lei. [...] Constitui ato de discriminação, a ser apenada com interdição e multa, qualquer tentativa voltada a impedir ou dificultar o gozo do direito previsto no art. 1º desta Lei. (Lei nº 11.126/2005. Art. 1º e 3º).

Segundo o CIA, não há na Universidade alunos com deficiência visual com cão-guia, pois isso vem da própria demanda do aluno que utiliza, não sendo disponibilizado esse tipo de acompanhamento terapêutico. Sobre a questão da mobília, existe essa preocupação por parte do Comitê que, se haver a necessidade de determinado professor, departamento, ou aluno para utilizar esse material, será feito o procedimento de obtenção através de licitação para suprir essa necessidade da mobília acessível (ver o relatório da UFPB que mostra as compras para o comitê da PRAPE).

6. QUANTO AOS SERVIDORES DA UFPB, OS MESMOS POSSUEM CAPACITAÇÃO PARA ATENDER AOS DEFICIENTES DA UNIVERSIDADE?

Não é competência do CIA esse controle sobre a formação dos servidores da UFPB. Porém, os servidores não são obrigados a fazer os cursos voltados à educação especial. Caso eles participem desses cursos, os mesmos serão revertidos em remuneração, que depois de um período de tempo, serão atribuídos ao seu salário. Diferente do professor que, ele não possui um ganho salarial na conclusão desses cursos.

7. JÁ FORAM OFERECIDOS CURSOS, OU HÁ CURSOS DE CAPACITAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS?

Segundo o CIA⁷, a Pró-reitora de Gestão de Pessoas (PROGEP) oferece um fluxo contínuo de cursos anualmente para os docentes e servidores da administração em todas as

⁷ Andreza Aparecida Polia. Currículo Lattes: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4757229J4>>.

áreas, inclusive em educação especial. A Universidade investe na capacitação, mas como falado anteriormente não obriga os mesmos a fazerem os cursos. Fazê-los é uma opção/escolha par ao docente e servidor, tendo autonomia para decidir se querem fazer ou não. Há um diferencial com relação aos servidores, onde para os mesmos é atribuído, devido à conclusão dos cursos, um ganho salarial depois de um tempo que ele é servidor na Universidade. O professor não possui essa remuneração sobre seu salário.

8. EXISTE ALGUMA LEGISLAÇÃO SOBRE O NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS CAPACITADOS QUE ATENDA ESSES ALUNOS?

O Comitê ressaltou que não conhece ou não tem certeza sobre uma norma ou legislação vigente na UFPB que determine uma quantidade de servidores para a Universidade.

9. EXISTE ALGUM AUXÍLIO FINANCEIRO AOS ALUNOS COM DEFICIÊNCIA QUE POSSUI BAIXA RENDA?

O Comitê não possui informações sobre a existência de algum auxílio financeiro, onde a responsabilidade sobre essa questão cabe à COAPE. Segundo a Professora, a COAPE pede alguns requisitos aos alunos deficientes, tais como: se é acompanhado pelo Comitê, pede uma declaração de acompanhamento que é fornecido pelo CIA descrevendo o tipo de deficiência ou a necessidade do mesmo e, posteriormente, fazem uma avaliação sobre a renda com as assistentes sociais. A COAPE possui uma reserva de vagas para os alunos com deficiência em todos os programas. Sobre o conhecimento dessa questão do auxílio financeiro, não existe para os alunos com deficiência. Os alunos têm a sua disposição todo o aparato que a Universidade oferece (vaga na residência, no restaurante).

10. A UNIVERSIDADE ESTÁ ACESSIVELMENTE ADAPTADA ÀS NECESSIDADES DOS DEFICIENTES?

- **BIBLIOTECA CENTRAL:** A Biblioteca não atende à Norma Brasileira de Registros NBR 9050⁸. O CIA, através do questionário respondido, marcou a estrutura da Biblioteca Central como ruim. Porém, sobre projetos ou planos para tornar a biblioteca mais acessível, a professora não respondeu por que não tem conhecimento como funciona a gerência da mesma.
- **RESTAURANTE:** Sobre o restaurante, o Comitê não tem a noção de como é a estrutura física para poder opinar.

⁸ A NBR 9050 é a norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas que é voltada à acessibilidade em edificações, mobiliário, espaço e equipamentos urbanos.

- **LABORATÓRIOS:** O Comitê não tem informação dos laboratórios que existem na UFPB. No entanto, ela tem conhecimento do que existe no curso de Terapia Ocupacional, que é o curso no qual leciona. Para o Prédio que comporta o laboratório, ela caracterizou como bom. Utilizando como exemplo de laboratório acessível, foi observado o Laboratório de Acessibilidade e Desenvolvimento-LAD- da Universidade Estadual Paulista (UNESP) onde é localizado na Biblioteca da referida Universidade voltado para proporcionar recursos para a melhor interação dos deficientes visuais nos cursos e com os professores, tendo a oferta de um suporte para o ensino, a pesquisa e a extensão. O referido laboratório produz material com formato em Braille e áudios com descrição para facilitar ao aluno com deficiência e ao professor.
- **SALAS DE AULA:** O Comitê não tem informação sobre como está atualmente a estrutura das salas de aula. Utilizou-se como exemplo as existentes no curso de Terapia Ocupacional. No que tange ao acesso, o Comitê diz que as salas são adaptadas para entrada de cadeirantes, tem cadeira à disposição para o aluno com deficiência que precisa espaço físico para a circulação de cadeira de rodas. **REITORIA:** o Comitê marcou como ruim. Ela destacou que a Reitoria possui elevador acessível que desloca os deficientes a todos os andares do prédio. Não existe piso tátil sinalizando como a norma NBR 9050, sinalização em Braille, e outras orientações voltadas aos deficientes que circulam e frequentam a UFPB.
- **CENTROS:** Sobre os centros, a Professora optou em não responder.

11. O COMITÊ PRESTA ALGUM SERVIÇO EXTERNO (OU INTERNO) À UFPB RELACIONADO COM A DEFICIÊNCIA?

O Comitê não possui essa informação.

12. QUAIS SÃO AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO UTILIZADAS PARA O ACESSO AO COMITÊ?

No momento há processo de negociação com Sistema de Tecnologia da Informação. O que se pretende é ter uma página na internet que possuirá algumas ferramentas para facilitar o acesso de internautas deficientes, como aumento de letras, contraste, etc. Todos esses mecanismos e ferramentas estão num processo de diálogo.

13. O COMITÊ POSSUI PARCERIAS COM EMPRESAS PÚBLICAS E PRIVADAS PARA OFERECER ESTÁGIOS AOS ALUNOS COM DEFICIÊNCIA?

Isso depende de cada curso. Quem é o responsável ou gerencia os estágios é a Pró-reitoria de Graduação, onde os estágios são os cursos que fazem as parcerias, a coordenação é quem firma uma parceria com um local de estágio. Cada coordenador é quem possui essa especificação.

14. EXISTEM MATERIAIS (LIVROS, PERIÓDICOS, ETC.) SUFICIENTES PARA ATENDER A DEMANDA NA UNIVERSIDADE? A QUANTIDADE ATUAL É SUFICIENTE?

O Comitê não possui essa informação, sendo esse controle feito pela Biblioteca Central.

15. HÁ RECURSOS ATUALMENTE DISPONÍVEIS PARA A CRIAÇÃO DE PROGRAMAS DE CONSCIENTIZAÇÃO NO CAMPUS DA UNIVERSIDADE?

Os valores relacionados à acessibilidade estão num documento específico no site do MEC. Através do Programa INCLUIR⁹, a UFPB recebeu em 2013 (documento mais recente) R\$ 362.187,44 (Trezentos e Sessenta e Dois Mil, Cento e Oitenta e Sete Reais, e Quarenta e Quatro Centavos). Sobre os valores recebidos de forma específica do Programa, os coordenadores dos centros que receberam possuem essa informação. Os recursos dependem da quantidade dos alunos que a Universidade possui. Não uma noção de quanto um aluno deficiente custa a Universidade.

16. EXISTE NA UNIVERSIDADE ALGUMA NORMATIVA ESPECÍFICA VOLTADA À ACESSIBILIDADE?

Não existe nenhuma norma específica na UFPB voltada à acessibilidade. Só existe a Resolução de criação do CIA¹⁰ e a Modalidade de Ingresso de Reserva de Vagas ao acesso aos cursos de Graduação da UFPB¹¹.

17. OS PRÉDIOS NOVOS (E OS ANTIGOS) TEM ACESSO ADEQUADO AOS ALUNOS, PROFESSORES E FUNCIONÁRIOS QUE POSSUEM ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA?

⁹ O Programa INCLUIR objetiva fomentar a criação e a consolidação de núcleos de acessibilidade nas universidades federais, as quais respondem pela organização de ações institucionais que garantam a inclusão de pessoas com deficiência à vida acadêmica, eliminando barreiras pedagógicas, arquitetônicas e na comunicação e informação, promovendo o cumprimento dos requisitos legais de acessibilidade.

¹⁰ Resolução CONSUNI nº 034, de 27 de novembro de 2013.

¹¹ Resolução CONSEPE nº 09, de 16 de abril de 2010.

Segundo o Comitê, a Prefeitura Universitária é quem possui as informações referentes aos projetos, obras de execução e fiscalização nos prédios da UFPB.

Sobre perguntas relacionada a mobília, Informação, Comunicação, Tecnologias, Urbanística, Arquitetônico.

- **MOBÍLIA:** Quem compra é os centros. Porém, o Comitê poderá realizar essas compras dependendo da necessidade. Cada setor possui a responsabilidade para essas compras, que é denominada Responsabilidade Compartilhada. Um exemplo são as compras que a Reitoria realiza, onde poderá fazê-la solicitando ou não ao CIA.
- **INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO:** Há informes publicados na página da PRAPE acessível a todos que acessam o site que busca orientações sobre os deficientes e como lidar com eles. Não são muitas informações. A Resolução de criação do Comitê se encontra na página. Essa informação faz-se junto às coordenações e professores para melhor atendimento ao aluno com deficiência. Existe um trabalho contínuo semestralmente para orientar como lidar com os alunos deficientes. Não há como deduzir as necessidades sem antes que precisar da assistência do Comitê solicitar o que precisa para serem tomadas todas as providências para suprir determinada necessidade.
- **TECNOLOGIAS:** Segundo o Comitê, é de cada coordenador desenvolver suas pesquisas voltadas à acessibilidade. Estão sendo desenvolvidas no Departamento de Tecnologia Assistivo curso de Terapia Ocupacional a janela de Libras com Avatar. Segundo a estagiária do CIA, no curso de Engenharia de Produção se desenvolvem mecanismos que não são voltadas às tecnologias, mas sim de uso manual com adaptações aos deficientes.
- **URBANÍSTICA:** No Comitê se respondeu algumas questões referentes aos corredores da Universidade. A mesma não possui a informação sobre sinalização acessível. Não há conhecimento se existe ou não em Braille. Sobre a Biblioteca Central, há um setor Braille que possuem produções acadêmicas. Sobre os símbolos universais, há símbolos pintados no estacionamento para deficientes físicos. Porém, o símbolo universal de surdez não existe dentro da Universidade, e nem o de deficiência auditiva. Não existem rotas acessíveis para a sala de aula. E o dimensionamento (a Planta) da UFPB não sabe também se está em seu desenho as rotas acessíveis.

- **ARQUITETURA:** O Comitê desconhece a arquitetura da UFPB. Na Universidade existe o Departamento de Terapia Ocupacional no local possui todos os requisitos de trafegar em linha reta, fazer manobras. Sobre sinalização, não possui pisos acessíveis. A parte essa questão, os demais requisitos de acessibilidade são respeitados. O Comitê de Inclusão e Acessibilidade da Universidade Federal da Paraíba possui controle referente a quantidade dos alunos com deficiência, onde a mesma expôs em gráficos que serão agora expostos.

Segundo a CIA, a Universidade possui 526 alunos com deficiência, onde estão divididos em: deficiência visual, auditiva (parcial ou total), física ou motora, ou outras deficiências ou mais de uma. O tipo de deficiência mais abrangente na Universidade é a deficiência física.

Tabela X

TOTAL DE ALUNOS COM DEFICIENCIA NA UFPB	526
Deficiência: Visual	89
Deficiência: Auditiva (Parcial e total)	184
Deficiência: Física	217
Deficiência: Outras e mais de uma	36

Fonte: CIA, 2014.

Sobre a quantidade dos alunos que possuem algum tipo de deficiência por Campus, a tabela mostra que o Campus-I João Pessoa é o que possui a maior quantidade de alunos deficientes, com 302 alunos.

Tabela XI

Campus I - João Pessoa	302	57,4%
Campus II – Areia	15	2,9%
Campus III – Bananeiras	12	2,3%
Campus IV – Rio Tinto/Mamanguape	25	4,8%
Campus V – CTDR	16	3%
Campus IX – Unidade Virtual	159	30,2%
TOTAL	526	100%

Fonte: CIA, 2014.

Os deficientes no Campus I estão especificados da seguinte forma:

Tabela XII

Campus 1 - João Pessoa		Percentual
Deficiência: Visual	78	25,8%
Deficiência: Auditiva (Parcial e total)	51	16,9%
Deficiência: Física	144	47,7%
Deficiência: Outras e mais de uma	29	9,6%
TOTAL	302	100%

Fonte: CIA, 2014.

Sobre a quantidade de alunos com deficiência física, Visual, Auditiva e outras deficiências no CCSA, CT e CE, estão distribuídos da seguinte forma:

Tabela XIII

Centros	Física	Visual	Auditiva	Outras deficiências
Centro de Educação	13	06	03	04
Centro de Tecnologia	17	06	09	01
Centro de Ciências Sociais Aplicadas	24	14	08	04
Total	54	26	20	09

Fonte: CIA, 2014.

A Próxima tabela mostra o percentual de deficientes nos Centros citados acima:

Tabela XIV

Centros	Física	Visual	Auditiva	Outras deficiências
Centro de Educação	1%	7%	1%	11%
Centro de Tecnologia	5%	7%	5%	3%
Centro de Ciências Sociais Aplicadas	4%	16%	4%	11%
Total	16%	30%	10%	25%

Fonte: CIA, 2014.

9. CONCLUSÃO

A grande ênfase que tem sido dada a acessibilidade e deficiência devem-se ao fato de existirem documentos normativos, leis e decretos que dispõem sobre direitos e deveres de órgãos públicos e da sociedade em geral. Os pontos mais relevantes destacados são os que as

disposições legais têm determinado avançados no que tange a acessibilidade, tais como aprovações de projetos de natureza arquitetônica e urbanística, instalação de elevadores e percursos acessíveis, aprimoramento nos meios de transporte públicos, facilidades relacionadas a comunicação, informação e disposições sobre ajudas técnicas e medidas de fomento e eliminação de barreiras.

Este Trabalho objetivou explicitar informações referentes à acessibilidade aos deficientes no espaço da Universidade Federal da Paraíba. De início foi explanado o Relatório Mundial sobre a Deficiência, que explicitou estudos e pesquisas referentes aos deficientes em todo mundo. No Brasil, o Censo de IBGE 2010 mostrou através dos dados anteriormente mostrados o contexto geral dos deficientes em nosso território. Foram explicitadas algumas Leis referentes à acessibilidade aos deficientes de âmbito federal, estadual (Paraíba), e cita uma Lei municipal (João Pessoa) que determina sinalização no chão, obstáculos suspensos, em edifícios e logradouros de uso público para a orientação de deficientes visuais.

Relacionado ao tema da acessibilidade na Universidade, foram utilizados como exemplos de experiências de Universidades que se adaptaram para minimizar as barreiras existentes para os alunos que possuem algum tipo de deficiência, no qual foram a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a Universidade Federal e a Universidade Federal de Minas Gerais.

Na Universidade Federal da Paraíba foram analisados os Regimentos Internos de três Centros: O Centro de Educação, o Centro de Tecnologia e o Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Estes Regimentos tinham algo em comum, que era a não explicitação de normas voltadas aos deficientes no qual os mesmos abrangiam. O Estatuto da UFPB também não contempla em nenhuma de sua normativa artigo voltado aos deficientes ou a acessibilidade. O único que contempla é o Regimento do SINTESP, onde explicitamente através do artigo 25, incisos I e X é voltado explicitamente aos deficientes. Também para este trabalho, foram observados dados referentes à acessibilidade aos estudantes deficientes, a quantidade que a Universidade possui em seu sistema, o que a Universidade disponibiliza para minimizar as barreiras estruturais e de ensino para esses estudantes deficientes. Foram colocados gráficos e tabelas para explicar essas informações no trabalho.

Este Trabalho concluiu que, a Universidade Federal da Paraíba ainda precisa ser mais acessível e adaptável aos estudantes deficientes. A mesma não possui muitos espaços acessíveis para circulação e maior utilização dos serviços disponíveis aos alunos deficientes

no Campus. Apesar de haverem legislações e normas voltadas ao assunto, a Universidade precisa avançar na execução das mesmas. Muito tem que ser feito para a Universidade minimizar as lacunas entre os deficientes e o campus como um todo. Foi observado a quantidade dos estudantes deficientes e, devido a essa demanda que gradativamente vem aumentando, será um desafio para os próximos anos os setores responsáveis pela Gestão da UFPB torná-la adaptável aos estudantes deficientes que utilizam de todos os serviços existentes. Em todas as partes da Universidade, visivelmente se nota que não possui rotas acessíveis. A única é a que liga o Restaurante Universitário e a Biblioteca Central.

No que se refere às compras de materiais para os estudantes deficientes, conclui-se que tanto o CIA quanto coordenações de curso ou outros setores podem fazer a compra do material que se solicita, não ficando restrito só ao Comitê essa competência. No que se refere às informações colhidas, na Universidade há certa dificuldade em determinados setores em buscar informações relacionadas a valores e custos de compras. Mesmo com a Lei de acesso à Informação¹², se observa dificuldades de obter determinados tipos de documentos em alguns setores.

Na construção dos prédios novos, se observa que alguns não vêm respeitando as normas e legislações voltadas à acessibilidade dos deficientes. Não há sinalização em Braille nos corredores; os Regimentos, conforme explicitado, não contempla as pessoas com deficiência. As normativas da Universidade são muito poucas para a grande quantidade e demanda existente. Observou-se na pesquisa realizada que há disponibilização de materiais para os alunos deficientes, objetivando auxiliá-los na sala de aula e nas pesquisas que estão inseridos.

Foi concluído também que a TV UFPB não está acessivelmente adaptado os seus canais para fornecimento de conteúdo aos deficientes. A UFPB possui seu canal próprio. A mesma está a dois anos em canal aberto para a grande João Pessoa através do canal 43 UHF. A TV UFPB não cumpre com o que recomenda as Conferências supracitadas. Atualmente o canal está passando pelo processo de implantação dessas tecnologias, no qual hoje existe a carência de equipamentos e materiais que tornem o canal acessível. Há também a necessidade de pessoal que saibam manipular essas ferramentas e tecnologias, onde a TV UFPB não possui esses profissionais. A TV se preocupa em tornar seu canal mais acessível, e atualmente seus projetos vêm sendo aceitos pela Reitoria que também visa o canal ao alcance de todos

¹² Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011.

sem discriminação ou exclusão. O imbróglio é que não há um prazo definido para que essas tecnologias acessíveis sejam colocadas em definitivo no canal, o que a TV UFPB venha a ter essas ferramentas e tecnologias de acessibilidade em seu canal.

Diante dessas informações, se nota quão é importante a elaboração de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência. O Brasil tem avançado na elaboração das legislações existentes, porém na execução das mesmas deixa a desejar.

Participação e inclusão na sociedade, igualdade de oportunidades, acessibilidade e não discriminação são temas inerentes aos direitos humanos e representam aspectos do respeito e da valorização da diversidade humana. Pessoas com deficiência são facetas desse mosaico de diferenças humanas, e apresentam particularidades, incongruências, fraquezas e fortalezas, como qualquer outra pessoa.

Em termos gerais, podemos dizer que a nossa UFPB esta muito aquém da necessidade dos alunos deficientes. Os Centros especificamente analisados não contam com orientações e sinalizações suficientes e tanto os prédios antigos como os novos deixam muito a desejar quanto ao direito a acessibilidade dos alunos deficientes. Nesse sentido, a “Cidade Universitária” é muito semelhante no seus problemas de acessibilidade, a própria cidade onde está inserida, isto é, a Cidade de João Pessoa. O direito igual para todos de usufruir dos espaços da cidade universitária, não esta sendo aplicado, ainda que existam diversas leis que legislem sobre o assunto. Temos que destacar, ainda, que esse direito cerceado afeta a um conjunto de jovens que, além de padecer de uma deficiência, pertencem em geral, segundo o próprio IBGE, a classe social de trabalhadores e assalariados e que estudaram em escolas publicas, isto é, a camada mais pobre.

Ao longo da última década, o movimento de inclusão das pessoas com deficiência ganhou importância no Brasil, repercutindo em avanços sociais para todos. Ter os vários grupos de pessoas com deficiência na linha de frente das reivindicações políticas foi um marco decisivo na história desse movimento. Com o lema: “nada sobre nós sem nós”, a defesa dos interesses políticos dos grupos que representam as pessoas com deficiência conseguiu, ao longo dos últimos anos, ampliar o seu espaço também no cenário político nacional.

Com a Constituição Federal de 1988, então, o assunto foi definitivamente inserido no marco legal, de forma abrangente e transversal. Nesse sentido, na Constituição Federal de 1988, direitos básicos e essenciais foram formalizados, mas medidas de caráter assistencialista foram mantidas. Esse viés assistencialista esteve bastante presente nas políticas públicas

brasileiras e ainda persiste em algumas áreas. Entretanto, paulatinamente, essa visão tem sido substituída por maior valorização da autonomia e independência da pessoa com deficiência.

Em 1989, foi editada a Lei nº 7.853, que dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência, sua integração social, e sobre a Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. Na prática, a instituição da CORDE ocorreu somente no ano de 1993. Ela foi encarregada de elaborar planos, programas e projetos, voltados para implantação da Política Nacional para Integração das Pessoas Portadora de Deficiência.. Em 2009, a CORDE foi elevada à condição de Subsecretaria Nacional, para vir a alcançar o status de Secretaria Nacional em 2010. Em 1994, a Lei nº 8.899 instituiu o passe livre às pessoas com deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual, posteriormente regulamentado pelo Decreto nº 3.691/2000. Em 1995, a Lei nº 8.989, estabeleceu a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas com de deficiência física. Em 1999, a Lei nº 7.853/1989 foi regulamentada pelo Decreto nº 3.298, que também estabeleceu o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência, o CONADE, como órgão superior de deliberação coletiva com a atribuição principal de garantir a implementação da *Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência*. Além de acompanhar o planejamento e avaliar a execução das políticas setoriais relativas à pessoa com deficiência, o CONADE recebeu a finalidade de zelar pela efetivação do sistema descentralizado e participativo de defesa dos direitos da pessoa com deficiência; de propor a elaboração de estudos e pesquisas; de propor e incentivar a realização de campanhas visando à prevenção de deficiências e à promoção dos direitos da pessoa com deficiência; de aprovar o plano de ação anual da CORDE.

Em 2000, o assunto foi tratado pela Lei Federal nº 10.048 e pela Lei nº 10.098 que avançaram mais em relação à implantação da acessibilidade para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida. A primeira aborda o atendimento prioritário e a acessibilidade nos meios de transportes, e estabelece penalidade em caso de seu descumprimento. A outra subdividiu o assunto em acessibilidade ao meio físico, aos meios de transporte, na comunicação e informação e em ajudas técnicas. Em 2004, o Decreto nº 5.296, chamado de decreto da acessibilidade, regulamentou ambas as leis, o que ampliou o tema a espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, edificações, serviços de transporte e dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação. Em 24 de abril de 2002, foi editada a Lei nº 10.436, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, e em 27 de junho de 2005, foi estabelecida a Lei nº 11.126, que dispõe sobre o direito da pessoa com deficiência visual de ingressar e

permanecer em ambiente de uso coletivo acompanhado de cão-guia. A concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios foi estabelecida pela Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007. Percebe-se, portanto, que vários direitos que não estavam positivados expressamente e também medidas de reparação em razão de ações do Estado foram objeto de legislação.

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, da ONU, foi aprovada em julho de 2008 pelo Decreto Legislativo nº186, e promulgada pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, com equivalência de emenda constitucional, um marco extremamente relevante para o movimento das pessoas com deficiência. A partir da internalização da Convenção, fica evidente a necessidade de revisar o marco jurídico nacional e adequá-lo aos princípios consagrados nesse importante documento de garantia de direitos.

Em 2010, a Lei 12.190, institui a concessão de indenização por dano moral às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida. E o Benefício de Prestação Continuada, definido pela Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, foi alterado pela Lei nº 12.470 em 2011, permitindo a continuidade do pagamento do benefício suspenso por ingresso no mercado de trabalho, caso a relação trabalhista viesse a ser extinta. A formulação de políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência está, por conseguinte, sendo progressivamente incorporado à agenda política e, consequentemente, o acesso a bens e serviços para todos, com equiparação de oportunidades, tornou-se uma demanda evidente para os agentes políticos.

Para finalizar, fazemos nossas propostas das duas conferências nacionais sobre os direitos dos deficientes, as conferências de 2006 e 2010.

No ano de 2006, sua realização foi decorrerência especialmente dos avanços no marco legal federal, como anteriormente demonstrado. Foi um importante espaço institucionalizado de participação social e política, com a representação da sociedade civil e do poder público, oriundo das três esferas de governo, e consolidou o modelo de gestão participativa das políticas sociais direcionadas às pessoas com deficiência.

O tema central foi: “Acessibilidade você também tem compromisso”. Seu objetivo foi analisar os obstáculos e avanços da Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, conforme o paradigma vigente à época.

A I Conferência teve como objetivos específicos:

- Sensibilizar os governos federal, estaduais e municipais para as questões referentes à pessoa com deficiência;

- Impulsionar a inclusão qualificada da pessoa com deficiência no processo de desenvolvimento do país;
- Oportunizar a visibilidade da situação que se encontram as políticas públicas para as pessoas com deficiência; Estimular o fortalecimento do controle social em âmbito estadual e municipal;
- Estimular a tomada de medidas necessárias para impulsionar o cumprimento da legislação vigente.

Foram definidos três eixos temáticos para discussão e apresentação de propostas:

1. Das condições gerais da implementação da Acessibilidade;
2. Da implementação da acessibilidade arquitetônica, urbanística e de transportes;
3. Da acessibilidade à informação, à comunicação e às ajudas técnicas.

Essa Conferência foi emblemática no sentido de inaugurar o espaço de construção coletiva e democrática, unindo sociedade civil e governo em torno do objetivo comum de discutir, avaliar e aprimorar as políticas públicas para o segmento das pessoas com deficiência.

O tema central da segunda Conferência foi: “Inclusão, Participação e Desenvolvimento – Um novo jeito de avançar”, a partir de três eixos temáticos: 1 - saúde e reabilitação profissional; 2- educação e trabalho; e 3 - acessibilidade. A realização de uma conferência nacional no ano de 2008 não foi mero acaso.

Em setembro de 2007 houve o lançamento da Agenda Social de Inclusão das Pessoas com Deficiência, como um primeiro grande esforço governamental para impulsionar a inclusão das pessoas com deficiência e a promoção da acessibilidade em nível nacional. A ideia era possibilitar que a sociedade civil tomasse pleno conhecimento das ações contidas no programa e colaborasse com sugestões de aprimoramento mediante propostas a serem apresentadas durante a II Conferência, contribuindo para forjar políticas baseadas na participação social.

A Agenda Social constituiu-se, portanto, de um programa composto por medidas de articulação institucional, de investimento direto e de financiamento, sob a responsabilidade da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, com a participação da iniciativa privada e da sociedade. Foi resultado de amplo debate entre os Ministérios da Saúde, da Educação, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Trabalho e Emprego, das Cidades, do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Casa Civil, sob a orientação da

Secretaria de Direitos Humanos, dentro do eixo Direitos Humanos e Cidadania. Seu objetivo foi fomentar a inclusão da pessoa com deficiência ao processo de desenvolvimento do país, buscando eliminar todas as formas de discriminação e garantir o acesso aos bens e serviços da comunidade.

Embora a II Conferência Nacional não tivesse o caráter inovador da I Conferência, sua realização foi de extrema importância para a consolidação do processo participativo de construção de políticas públicas para a população com deficiência, reunindo novamente, após dois anos, governo e sociedade civil para debater as diretrizes da Política Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência, já sob a égide da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da ONU.

Conforme explicitado anteriormente, foram realizadas diversas propostas na referida Convenção, que são as seguintes:

Proposta nº 01: Implementação de acessibilidade nos meios de comunicação da deficiência auditiva/surdez, deficiência visual/cegueira, deficiência auditiva e visual combinadas/surdo cegueira nos setores públicos e privados, como: sinalização tátil, áudio e sonora; materiais didáticos com caracteres ampliados em braille e escrita; tradutor/intérprete de Libras e guias-intérpretes; painel eletrônico com descrição de imagens; placas internas e externas com sinalizações, além de equipar as salas de recursos com materiais específicos e essenciais ao atendimento à pessoa com deficiência (computadores, CD-ROM e softwares, inclusive em Libras).

Proposta nº 02: Fortalecer as políticas de acessibilidade com base nas seguintes estratégias de financiamento: recursos das três esferas do governo para ações de acessibilidade nos municípios; linhas de financiamento para a adaptação de imóveis existentes, bem como espaços públicos e coletivos, abertos e fechados, relevantes ao bem estar do público alvo; e o Fundo Municipal vinculado aos Conselhos Deliberativos para promover ações de tecnologia assistivas, comunicação e acesso a informação, prioritariamente nas áreas de saúde, educação, assistência social e no melhor atendimento ao público.

10. BIBLIOGRAFIA

ARAUJO, Luiz Alberto David. A Proteção Constitucional das Pessoas Portadoras de Deficiência. 3.ed. Brasília: **CORDE- Coordenação Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.** 2001. Disponível em: <<http://www.grupos25.org.br/download/aprotecao.doc>>. Acesso em: 14 mar.2011.

ACESSIBILIDADE E DEFICIÊNCIA: ANÁLISE DE DOCUMENTOS NORMATIVOS. Disponível em:

<http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_14.pdf>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

ARAUJO, Luiz Alberto David; JÚNIOR, Vidal Serrano Nunes. **Curso de Direito Constitucional.** 7. ed. revisão e atual. São Paulo: Saraiva, 2003.

Afonso, L. L. A. **DIREITO À CIDADE, DEFICIÊNCIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: UM ESTUDO SOBRE AS CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE NA RODOVIÁRIA DO PLANO PILOTO DE BRASÍLIA.** Pg 10; 22 e 23. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5130/6/2012_LeonardoVillaresdeAlmeidaAffonso.pdf>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

Brasília, 2012. **Avanço das Políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência: Uma análise a partir das Conferências Nacionais.** Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-avancos-politicas-publicas-pcd.pdf>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2015.

COAPE. **Coordenação de Assistência e Apoio Estudantis.** Disponível em: <<http://www.ufpb.br/prape/?q=node/49>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Artigo 7º. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, Artigo 23.** Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13959>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

CAMBIAGHI, Silvana. **Desenho universal: métodos e técnicas para arquitetos e urbanistas.** São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2007.

DEFICIÊNCIA, 2011ABC: UOL MICHAELLIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa.** Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/defenir_resultados.aspx> Acesso em: 3 maio de 2011.

DISCHINGER, M.; BINS ELY, V.H. M. **Promovendo acessibilidade nos edifícios públicos: Guia de avaliação e implementação de normas técnicas.** Santa Catarina: Ministério Público do Estado, 2005.

Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. **Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2014.

DECRETO Nº 3.298, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 15 de janeiro de 2014.

FERREIRA, S. L. **Ingresso, permanência e competência: uma realidade possível para universitários com necessidades educacionais especiais.** Rev. Bras. Ed. Esp., v. 13, n.1, p.43-60, 2007.

IBGE. Instituto brasileiro de Geografia e Estatística. **Cartilha do Censo 2010 pessoas com deficiência.** Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2015.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/enem/perguntas-frequentes>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade.** 5 ed. São Paulo: Centauro, 2008.

LEFEBVRE, Henri. **O Direito à cidade.** São Paulo: Centauro, 2010.

Lei nº 11.126, de 27 de junho de 2005. **Dispõe sobre o direito do portador de deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhado de cão-guia.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/Lei/L11126.htm>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

Lei nº 10.098, DE 19 de dezembro de 2000. **Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110098.htm>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

Lei nº 7.405, DE 12 de novembro de 1985. **Torna obrigatória a colocação do “Símbolo Internacional de Acesso” em todos os locais e serviços que permitam sua utilização por pessoas portadoras de deficiência e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7405.htm>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

Lei nº 11.102, DE 23 de julho de 2007. **DETERMINA A SINALIZAÇÃO NO CHÃO DE OBSTÁCULOS SUSPENSOS EM EDIFÍCIOS E LOGRADOUROS DE USO PÚBLICO PARA A ORIENTAÇÃO DE DEFICIENTES VISUAIS.** Disponível em: <<http://www.asdef.com.br/innova/assets/leimunicipal/11102visuais.pdf>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

Lei estadual nº 6.083, de 29 de junho de 1995. **Dispõe sobre a adaptação de Logradouros, edifícios e transportes coletivos para o acesso de pessoas portadoras de deficiência.** Disponível em: <<http://www.asdef.com.br/innova/assets/leiestadual/6083acessibilidade.pdf>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2015.

Lei nº 7.714, de 28 de dezembro de 2004. **Estabelece normas e critérios para a acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.asdef.com.br/innova/assets/leiestadual/7714acessibilidade.pdf>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2015.

Lei nº 9.013, de 30 de dezembro de 2009. **Institui a obrigatoriedade de 20% da frota de ônibus intermunicipais de disporem adaptações para contemplar os portadores de deficiência e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.asdef.com.br/innova/assets/leiestadual/9013onibusadaptados.pdf>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2015.

Lei nº 12.587, DE 3 de janeiro 2012. **Institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana; revoga dispositivos dos Decretos-Leis nºs 3.326, de 3 de junho de 1941, e 5.405, de 13 de abril de 1943, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e das Leis nºs 5.917, de 10 de setembro de 1973, e 6.261, de 14 de novembro de 1975; e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112587.htm>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2015.

Lei nº 10.048, DE 8 de novembro de 2000. **Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110048.htm>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2015.

MEC.SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL,CIBEC, Brasília, 2006.

ONUBR.NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. Disponível em:<<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-com-deficiencia/>>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2014.

PROGEP. **Pró-Reitoria de gestão de Pessoas.** Disponível em: <<http://www.progep.ufpb.br/>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

Programa Incluir. **Acessibilidade na Educação Superior.** Disponível em: <<http://www.ufpb.br/prape/conteudos/Documento%20Orientador%20Programa%20%20Incluir%20-%202007.03.2013.pdf>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

P. D. Fernandes & V. R. M. Souza. **Acessibilidade e Ensino superior: Estudo de caso na Universidade Federal de Sergipe.** Disponível em: <<http://www.scientiaplena.org.br/sp/article/viewFile/807/577>>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2015.

Pinto e Silva, H. O. Barbosa, J.S. **A relação deficiente visual e biblioteca universitária: a experiência do Centro de Atendimento ao Deficiente visual-CADV.** Disponível em: <http://www.portal.ufpr.br/Acessibilidade/A%20relacao_deficiente_visual_e_biblioteca_universitaria.pdf>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

Resolução nº 09, de 16 de abril de 2010. **Institui a Modalidade de Ingresso por Reserva de Vagas para acesso aos cursos de Graduação, desta Universidade, e dá outras providências.** Disponível em: <www.ufpb.br/sods/consepe/resolu/2010/Rsep09_2010.pdf>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

Resolução nº 034, de 27 de novembro de 2013. **Institui a Política de Inclusão e Acessibilidade da UFPB e cria o Comitê de Inclusão e Acessibilidade da UFPB.** Disponível em: <http://www.ufpb.br/sods/consuni/resolu/2013/Runi34_2013.pdf>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2015.

Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação. **Acessibilidade aos cadeirantes na Universidade Federal do Pará.** Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/7049/5062>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

SENABRAILLE. **Seminário Nacional de Braille.** Disponível em: <rbbd.febab.org.br/rbbd/article/download/322/298>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

SILVA, A.F. **A inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais**, MEC, SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, CIBEC, Brasília, 2006.

SILVA, Cristina Aparecida da; SEGALLA, Juliana Izar Soares da Fonseca. **ACESSIBILIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.** Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/pdf/cj045911.pdf>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: Construindo uma Sociedade para Todos**. 3 ed. Rio de Janeiro: WVA, 1999. 174 p. **Terminologia Sobre Deficiência na Era da Inclusão.**

Sisu. **Sistema de Seleção Unificada.** Disponível em: <http://sisu.mec.gov.br/sisu#o_que_e>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

UNESP. Laboratório de Acessibilidade e Desenvolvimento. **Informação sobre infraestrutura de apoio a alunos com deficiência visual: o Laboratório de Acessibilidade da FCL.** Disponível em: <<http://www.fclar.unesp.br/Home/Biblioteca/instrucoes-braille.pdf>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

OLIVEIRA, E. T. G. **Acessibilidade na Universidade Estadual de Londrina: o ponto de vista do estudante com deficiência**, Marília, 2003. Disponível em: <http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/17184266.html>. Acesso em: 22 nov. 2008.

10.1. Referência adicional

ABDALLA. **Pessoa com Deficiência.** Mensagem recebida por: <<http://www.nucleotrabalhistacalvet.com.br/artigos/Inclus%C3%A3o%20da%20Pessoa%20Portadora%20de%20Defici%C3%Aancia%20no%20Mercado%20de%20Trabalho%20-%20O%20Avan%C3%A7o%20Jur%C3%ADdico%20-%20Astrid%20Daguer.pdf>>. em: 11 maio 2011.

Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine* (1982), 1999,48:977-988. doi:10.1016/S0277-9536(98)00411-0 PMID:10390038

Atijosan O et al. The orthopaedic needs of children in Rwanda: results from a national survey and orthopaedic service implications. *Journal of Pediatric Orthopedics*, 2009,29:948-951. PMID:19934715.

Buddelmeyer H, Verick S. Understanding the drivers of poverty dynamics in Australian households. *The Economic Record*, 2008,84:310-321. doi:10.1111/j.1475-4932.2008.00493.x

Barnes C. Disabled people in Britain and discrimination. London, Hurst, 1991.

Beresford B, Rhodes D. Housing and disabled children. York, Joseph Rowntree Foundation, 2008.

Campbell J, Oliver M. Disability politics: understanding our past, changing our future. London, Routledge, 1996.

Charlton J. Nothing about us without us: disability, oppression and empowerment. Berkeley, University of California Press, 1998

Charlton J. Nothing about us without us: disability, oppression and empowerment. Berkeley, University of California Press, 1998.

Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva, World Health Organization, 2008.

Cross H. Interventions to address the stigma associated with leprosy: a perspective on the issues. *Psychology, Health & Medicine*, 2006,11:367-373. doi:10.1080/13548500600595384 PMID:17130073.

Caulfield LE et al. Stunting, wasting and micronutrient deficiency disorders. In: Jamison DT et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*. Washington, Oxford University Press and World Bank, 2006:551–567.

Clark DA. The capability approach. In: Clark DA, ed. *The Elgar companion to development studies*. Cheltenham, Edward Elgar, 2006.

Coleridge P, Simonnot C, Steverlynck D. Study of disability in E.C. Development Cooperation. Brussels, European Commission, 2010.

Classifying and measuring functioning. Washington, United States National Committee on Vital and Health Statistics, 2001.

Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Geneva, United Nations, 2006 (<http://www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm>, accessed 16 May 2009).

Contreras DG et al. Socio-economic impact of disability in Latin America: Chile and Uruguay. Santiago, Universidad de Chile, Departamento de Economia, 2006.

Driedger D. The last civil rights movement. London, Hurst, 1989.

Disability and its relationship to health conditions and other factors. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2004 (<http://www.aihw.gov.au/publications/dis/drhcf/drhcf.pdf>, accessed 9 December 2009).

Data and statistics: country groups. Washington, World Bank, 2004 (<http://go.worldbank.org/D7SN0B8YU0>, accessed 4 January 2010).

Dubois JL, Trani JF. Extending the capability paradigm to address the complexity of disability. *Alter*, 2009,3:192-218.

Eide AH, Kamaleri Y. Living conditions among people with disabilities in Mozambique: a national representative study. Oslo, SINTEF, 2009 (<http://www.sintef.no/upload/Helse/Levekår%20og%20tjenester/LC%20Report%20Mozambique%20-%202nd%20revision.pdf>, accessed 11 April 2011).

Eide A, van Rooy G, Loeb M. Living conditions among people with activity limitations in Namibia: a representative national survey. Oslo, SINTEF, 2003 (<http://www.safod.org/Images/LCNamibia.pdf>, accessed 15 February 2011).

Eide A, Loeb M. Living conditions among people with activity limitations in Zambia: a national representative study. Oslo, SINTEF, 2006 (<http://www.sintef.no/upload/Helse/Levek%C3%A5r%20og%20tjenester/ZambiaLCweb.pdf>, accessed 15 February 2011).

Emerson E et al. Socio-economic position, household composition, health status and indicators of the well-being of mothers of children with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 2006,50:862-873. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00900.x PMID:17100947

Emerson E, Hatton C. The socio-economic circumstances of children at risk of disability in Britain. *Disability & Society*, 2007,22:563-580. doi:10.1080/09687590701560154

Filmer D. Disability, poverty and schooling in developing countries: results from 14 household surveys. *The World Bank Economic Review*, 2008,22:141-163. doi:10.1093/wber/lhm021.

Ferguson PM. Mapping the family: disability studies and the exploration of parental response to disability. In: Albrecht G, Seelman KD, Bury M, eds. *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks, Sage, 2001:373-395.

Fritz D et al. Making poverty reduction inclusive: experiences from Cambodia, Tanzania and Vietnam. *Journal of International Development*, 2009,21:673-684. doi:10.1002/jid.1595.

Gwatkin D Re tal. Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries. Washington, World Bank, 2007 (Working Paper 30544).

Grantham-McGregor S et al. International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 2007,369:60-70. doi:10.1016/S0140-6736(07)60032-4 PMID:17208643

Gannon B, Nolan B. Disability and labour market participation in Ireland. *The Economic and Social Review*, 2004,35:135-155.

122. Parodi G, Sciulli D. Disability in Italian households: income, poverty and labour market participation. *Applied Economics*, 2008,40:2615-2630. doi:10.1080/00036840600970211

Hate crime against disabled people in Scotland: a survey report, Edinburgh, Capability Scotland and Disability Rights Commission, 2004.

Houtenville AJ et al., eds. Counting working-age people with disabilities: what current data tell us and options for improvement. Kalamazoo, WE Upjohn Institute for Employment Research, 2009.

Improving the life chances of disabled people: final report. London, Prime Minister's Strategy Unit, 2005.

Ingstad B, Whyte SR, eds. Disability and culture. Berkley, University of California Press, 1995.

Jenkins SP, Rigg JA. Disability and disadvantage: selection, onset and duration effects. London, Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics, 2003 (CASEpaper 74).

Kett M, Lang R, Trani JF. Disability, development and the dawning of a new Convention: a cause for optimism? *Journal of International Development*, 2009,21:649-661. doi:10.1002/jid.1596.

Kuklys W. Amartya Sen's capability approach: theoretical insights and empirical applications. Cambridge, Cambridge University, 2004.

Loeb M, Eide H. Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study. Oslo, SINTEF, 2004 (<http://www.safod.org/Images/LCMalawi.pdf>).

Leonardi M et al. MHADIE Consortium The definition of disability: what is in a name? *Lancet*, 2006,368:1219-1221. doi:10.1016/S0140-6736(06)69498-1 PMID:17027711.

Lee R. The demographic transition: three centuries of fundamental change. *The Journal of Economic Perspectives*, 2003, 17:167-190. doi:10.1257/089533003772034943.

Lauber C, Rössler W. Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 2007,19:157-178. PMID:17464793.

Learning lessons: defining, representing and measuring disability. London, Disability Rights Commission, 2007.

Lollar DJ, Crews JE. Redefining the role of public health in disability. *Annual Review of Public Health*, 2003,24:195-208. doi:10.1146/annurev.publhealth.24.100901.140844 PMID:12668756.

Loeb M et al. Poverty and disability in Eastern and Western Cape provinces, South Africa. *Disability & Society*, 2008, 23:311-321. doi:10.1080/09687590802038803

Loeb ME, Eide AH, eds. Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study. Oslo, SINTEF, 2004 (<http://www.safod.org/Images/LCMalawi.pdf>, accessed 9 November 2009).

Maternal and child undernutrition [special series]. *Lancet*, January 2008.

Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys. United Nations Children's Fund, Division of Policy and Practice, 2008.

Merikangas KR et al. The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. *Archives of General Psychiatry*, 2007, 64:1180-1188. doi:10.1001/archpsyc.64.10.1180 PMID:17909130.

Moussavi S et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 2007,370:851-858. doi:10.1016/S0140-6736(07)61415-9 PMID:17826170.

Megret F. The disabilities convention: human rights of persons with disabilities or disability rights? *Human Rights Quarterly*, 2008,30:494-516.

Mitra S, Posarac A, Vick B. Disability and poverty in developing countries: a snapshot from the world health survey. Washington, Human Development Network Social Protection, forthcoming.

Mitra S. The capability approach and disability. *Journal of Disability Policy Studies*, 2006, 16:236-247. doi:10.1177/10442073 060160040501.

Mwendwa TN, Murangira A, Lang R. Mainstreaming the rights of persons with disabilities in national development frameworks. *Journal of International Development*, 2009,21:662-672. doi:10.1002/jid.1594

Madden R et al. The demand for disability support services in Australia: a study to inform the Commonwealth/State Disability Agreement evaluation. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1996.

Marriott A, Gooding K. Social assistance and disability in developing countries. Haywards Heath, Sightsavers International, 2007.

Maart S, Jelsma J. The sexual behaviour of physically disabled adolescents. *Disability and Rehabilitation*, 2010,32:438-443. doi:10.3109/09638280902846368 PMID:20113191

McIlfatrick S, Taggart L, Truesdale-Kennedy M. Supporting women with intellectual disabilities to access breast cancer screening: a healthcare professional perspective. *European Journal of Cancer Care*, 2011,20:412-20. doi:10.1111/j.1365-2354.2010.01221.x PMID:20825462.

Miller P, Parker S, Gillinson S. *Disablism: how to tackle the last prejudice*. London, Demos, 2004.

Maulik PK, Darmstadt GL. Childhood disability in low- and middle-income countries: overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology. *Pediatrics*, 2007, 120:Suppl1S1-S55.doi:10.1542/peds.2007-0043B PMID:17603094.

Mishra AK, Gupta R. Disability index: a measure of deprivation among the disabled. *Economic and Political Weekly*, 2006,41:4026-4029.

Meyer BD, Mok WKC. Disability, earnings, income and consumption. Working paper No. 06.10. Chicago, The Harris School of Public Policy Studies, The University of Chicago, 2008.

Mitra S, Posarac A, Vick B. Disability and poverty in developing countries: a snapshot from the world health survey. Washington, Human Development Network Social Protection, forthcoming.

Mitra S, Findley PA, Sambamoorthi U. Health care expenditures of living with a disability: total expenditures, out-of-pocket expenses, and burden, 1996 to 2004. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2009, 90:1532-1540.doi:10.1016/j.apmr.2009.02.020 PMID:19735781.

Mitra S. The recent decline in the employment of persons with disabilities in South Africa, 1998–2006. *The South African Journal of Economics*, 2008,76:480-492. doi:10.1111/j.1813-6982.2008.00196.x

Mitra S, Sambamoorthi U. Disability and the rural labor market in India: evidence for males in Tamil Nadu. *World Development*, 2008,36:934-952. doi:10.1016/j.worlddev.2007.04.022.

Mete C, ed. *Economic implications of chronic illness and disease in Eastern Europe and the former Soviet Union*. Washington, World Bank, 2008.

McConachie H et al. Participation of disabled children: how should it be characterised and measured? *Disability and Rehabilitation*, 2006,28:1157-1164. doi:10.1080/09638280500534507 PMID:16966237.

National Health Survey 2007–8: summary of results. Canberra, Australian Bureau of Statistics, 2009.

Nagata KK. Gender and disability in the Arab region: the challenges in the new millennium. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 2003,14:10-17.

Oliver M. *The politics of disablement*. Basingstoke, Macmillan and St Martin's Press, 1990.

Parmenter TR. The present, past and future of the study of intellectual disability: challenges in developing countries. *SaludPública de México*, 2008,50:Suppl 2s124-s131. PMID:18470339.

People with disabilities in India: from commitments to outcomes. Washington, World Bank, 2009.

Park A et al. British social attitudes survey 23rd report. London, Sage, 2007.

People with disabilities in India: from commitments to outcomes. Washington, World Bank, 2009.

Peters DH et al. Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2008,1136:161-171. doi:10.1196/annals.1425.011 PMID:17954679.

QuinnG,DegenerT. A survey of international, comparative and regional disability law reform. In: Breslin ML, YeeS, eds. *Disability rights law and policy – international and national perspectives*. Ardsley, Transnational, 2002a.

Quality in and equality of access to health care services. Brussels, European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008.

Quinn G et al. The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability. New York and Geneva, United Nations, 2002b (<http://www.icdpd.net/ratification/documents/en/Extras/Quinn%20Degener%20study%20for%20OHCHR.pdf>, accessed 21 Sept 2010).

Ratzka AD. Independent living and attendant care in Sweden: a consumer perspective. New York, World Rehabilitation Fund, 1986 (Monograph No. 34) (<http://www.independentliving.org/docs1/ar1986spr.pdf>, accessed 27 December 2007).

Rischewski D et al. Poverty and musculoskeletal impairment in Rwanda. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2008,102:608-617. doi:10.1016/j.trstmh.2008.02.023 PMID:18430444.

Rauh VA, Landrigan PJ, Claudio L. Housing and health: intersection of poverty and environmental exposures. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2008,1136:276-288. doi:10.1196/annals.1425.032 PMID:18579887.

Rao I. Equity to women with disabilities in India. Bangalore, CBR Network, 2004 (<http://v1.dpi.org/lang-en/resources/details.php?page=90>, accessed 6 August 2010).

Riddell RC. Poverty, disability and aid: international development cooperation. In Barron T, Ncube JM, eds. *Poverty and Disability*. London, Leonard Cheshire Disability, 2010.

Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.

She P, Livermore GA. Material hardship, poverty and disability among working-age adults. *Social Science Quarterly*, 2007,88:970-989. doi:10.1111/j.1540-6237.2007.00513.x

She P, Livermore GA. Long term poverty and disability among working-Age Adults. *Journal of Disability Policy Studies*, 2009,19:244-256.

Saunders P. The costs of disability and incidence of poverty. Sydney, Social Policy Research Centre, University of New South Wales, 2006.

Sousa RM et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet*, 2009,374:1821-1830. doi:10.1016/S0140-6736(09)61829-8 PMID:19944863.

ScheerJM, KrollT, NeriMT, BeattyP. Access barriers for persons with disabilities: the consumers perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 2003,13:221-230. doi:10.1177/104420730301300404.

Stein MA, Stein PJS. Beyond disability civil rights. *The Hastings Law Journal*, 2007,58:1203-1240.

Sickness, Disability and Work: Keeping on Track in the Economic Downturn. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009 (Background Paper).

Sen A. Development as freedom. New York, Knopf, 1999.

Sen A. Inequality reexamined. New York and Cambridge, Russell Sage and Harvard University Press, 1992.

Siperstein GN, Norins J, Corbin S, Shriver T. Multinational study of attitudes towards individuals with intellectual disabilities. Washington, Special Olympics Inc, 2003.

Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a global programme of the World Psychiatric Association. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.

Sartorius N. Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of a mental illness. *Psychology, Health & Medicine*, 2006,11:383-388. doi:10.1080/13548500600595418 PMID:17130075.

The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.

The state of the world's children 2006: excluded and invisible. New York, United Nations Children's Fund, 2005.

Trani J, Loeb M. Poverty and disability: a vicious circle? Evidence from Afghanistan and Zambia. *Journal of International Development*, 2010,n/a- doi:10.1002/jid.1709.

Thornicroft G, Brohan E, Kassam A, Lewis-Holmes E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2008,2:3- doi:10.1186/1752-4458-2-3 PMID:18405393

Thomas C. Female forms: experiencing and understanding disability. Buckingham, Open University Press, 1999.

The International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, World Health Organization, 2001.

Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England), 2007,19:113-122. PMID:17464789

Universidade Federal de Pernambuco. **Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis**. Disponível em: <https://www.ufpe.br/proaes/index.php?option=com_content&view=article&id=412&Itemid=244>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

United Nations Children's Fund, University of Wisconsin. Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys. New York, United Nations Children's Fund, 2008.

Yazbeck M, McVilly K, Parmenter TR. Attitudes towards people with intellectual disabilities: na Australian perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 2004,15:97-111. doi:10.1177/10442073040150020401

Van Brakel WH. Measuring health-related stigma – a literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 2006, 11:307-334. doi:10.1080/13548500600595160 PMID:17130068.

Watson N. Well, I know this is going to sound very strange to you, but I don't see myself as a disabled person: identity and disability. *Disability & Society*, 2002,17:509-527. doi:10.1080/09687590220148496.

World population prospects: the 2006 revision. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2007.

Wang CC. Portraying stigmatized conditions: disabling images in public health. *Journal of Health Communication*, 1998,3:149-159. doi:10.1080/108107398127436 PMID:10977251.

Why population aging matters: a global perspective. Bethesda, National Institute on Aging, US National Institutes of Health, 2007.

Zola IK. Toward the necessary universalizing of a disability policy. *The Milbank Quarterly*, 1989,67:Suppl 2 Pt 2401-428. doi:10.2307/3350151 PMID:2534158.

Zambrano S. Trabajo y Discapacidad en el Perú: laboral, políticas públicas e inclusión social. Lima, Fondo Editorial del Congreso del Perú, 2006.

Zaidi A, Burchardt T. Comparing incomes when needs differ: equivalization for the extra costs of disability in the UK. *Review of Income and Wealth*, 2005,51:89-114. doi:10.1111/j.1475-4991.2005.00146.x

Anexo I

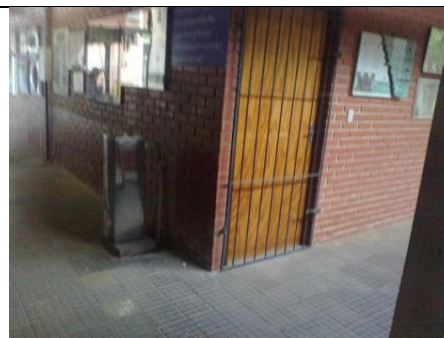
(Questionário)

Anexo II

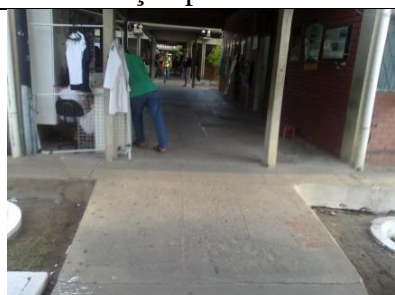
(fotos)



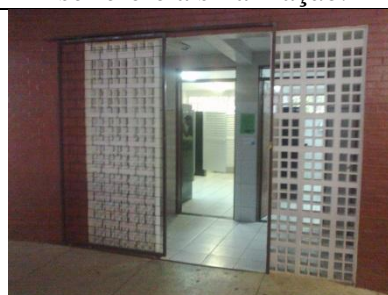
É mostrada a entrada do Centro de Educação, no qual não possui piso tátil, nem sinalização para os deficientes.



A foto mostra o bebedouro e o corredor que não é adaptado aos deficientes no que se refere a sinalização.



É mostrada uma rampa para o acesso a Para do Centro de Educação e Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Não há sinalização nem matérias de orientação para os deficientes.



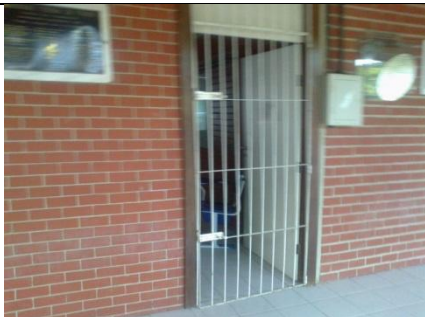
A entrada de um banheiro no Centro de Ciências Sociais Aplicadas não possui nenhuma sinalização para os deficientes, ou piso tátil.



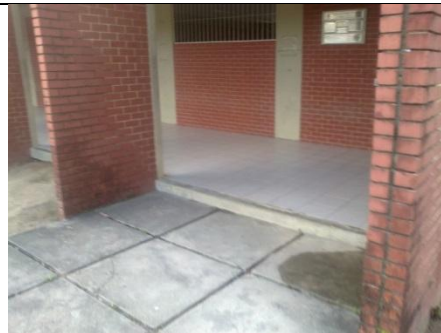
Prédio novo no Centro de Ciências Sociais Aplicadas que não possui nenhum acesso para o andar de cima, conforme demonstrado na foto. E nenhuma sinalização para os deficientes.



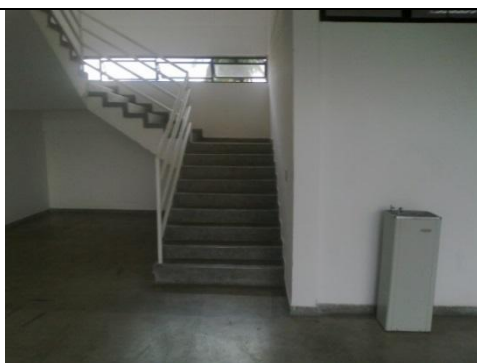
A entrada do banheiro do Centro de Tecnologia não possui sinalização, e não possui bebedouro adaptado aos deficientes.



A entrada da sala de aula não possui sinalização nos conformes das normas de acessibilidade.



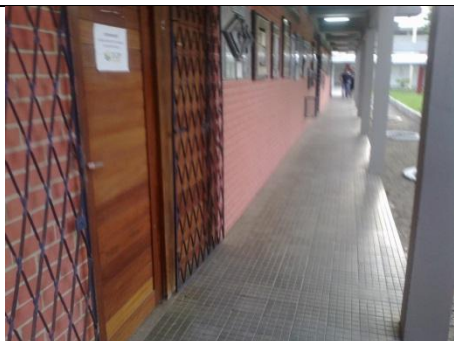
Algumas salas de aula do Centro de Tecnologia não possui acesso às mesmas para as respectivas.



Não há sinalização, acesso e bebedouro adaptado para o primeiro andar do prédio novo do Centro de Ciências Sociais Aplicadas.



Há acesso para as salas do térreo desse prédio no CCSA, porém não há sinalização ou piso tátil para os deficientes.



O acesso ao Departamento de Gestão Pública não possui sinalização nem piso tátil, ou outros instrumentos que auxiliem os deficientes a terem acesso.



Para se comunicar, os deficientes estão sem meios de como chegar aos Terminais de Uso público (TUPs-ou popularmente conhecidos como “orelhão”). Também os TUPs não estão adaptados para os deficientes, como mostra a foto.



Até o auditório do CCSA, o corredor não possui piso tátil ou sinalização universal e outras ferramentas de auxílio para os deficientes.



O auditório do CCSA possui acesso para seu interior. Porém não área externa não há sinalização para os deficientes, nem piso tátil para o acesso até a parte interna.